

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

both mother and fetus, and its increased incidence due to the implementation of assisted reproduction methods.

The goal of our study was to determine the maternal and fetal results related to the mode of delivery. In the study were included 441 patients with multiple pregnancies hospitalized in the Municipal Clinical Hospital No. 1 during 2000-2007. In this period were recorded 41,443 births, the incidence of multiple gestations is 1.06%.

In Conclusion:

1. We consider that the optimal mode of delivery must be determined for each woman in particular; depending on the term of gestation, zigocity, fetus presentation, and the body mass of the second fetus.
2. In case of cranial presentation of the first fetus and non cranial of the second one, the caesarian operation is prior if the mass of the second fetus is 25% higher then of the first one.
3. The term for the finalization of the multiple gestations with 2 fetuses must not exceed 37-38 weeks and with triplex 36 weeks. We consider that after this term the placental insufficiency establishes and as a result the fetal metabolic and respiratory needs are no longer satisfied. In the same time the maternal organism is -. The complications risk and the perinatal mortality are elevated.
4. Our results confirm the decrease of the perinatal mortality and morbidity after the enlargement of the Caesarian operation indications.

### **Rezumat**

Au fost analizate toate sarcinile multiple (441) internate în Spitalul Clinic Municipal nr. 1 pe parcursul anilor 2000-2007. În perioada respectivă s-au înregistrat 41443 de nașteri, incidența sarcinilor multiple fiind de 1,06%.

Pacientele au fost împărțite în două loturi de studiu în funcție de modul de terminare a sarcinii. Scopul studiului nostru a fost orientat spre aprecierea rezultatelor materne și fetale dependent de modalitatea finalizării nașterii, elaborarea unor algoritme.

Concluzii

1. În cazurile de sarcină multiplă modul optimal de naștere trebuie apreciat individual, dependent de termenul de gestație, zigocitate, situsul și prezența feților.
2. În caz de prezență craniană la primul făt și noncraniană la cel de al doilea, se acordă prioritate operației cezariene dacă masa fătului doi e cu 25% mai mare ca a primului făt.
3. Termenul de finalizare a sarcinilor multiple cu doi feți nu trebuie să depășească 37-38 săptămâni, iar cu tripleți 36 săptămâni. Considerăm că după acest termen se instaliază insuficiența placentară și prin urmare necesitățile metabolice și respiratorii fetale nu mai sunt satisfăcute. Totodată este suprasolicitat organismul matern. Riscurile complicațiilor după acest termen și mortalitatea perinatală crescând semnificativ.
4. Lărgirea indicațiilor operației cezariene în sarcina multiplă a contribuit la scăderea morbidității și mortalității perinatale.

Sarcina multiplă a căpătat în ultimii ani o mai mare importanță pentru practica medicală. Acest lucru se explică prin riscurile crescute ce însoțesc sarcina și nașterea multiplă atât pentru mamă cât și pentru făt, precum și prin creșterea incidenței acesteia datorită implementării metodelor de reproducere asistată<sup>2,3,12</sup>.

Conform datelor Centrului Național de Reproducere Asistată și Genetică Medicală, din numărul total de sarcini survenite asistat, fiecare a patra e multiplă. Incidența sarcinilor multiple iatrogene va fi în continuare creștere luând în considerație faptul că în Republica Moldova ponderea cuplurilor sterile pe parcursul a 10 ani s-a majorat de 2 ori și reprezintă peste 15%. Sarcina multiplă a fost încadrată întotdeauna în categoria sarcinilor cu risc crescut, doar 15-30% din sarcinile multiple evoluează și se termină fiziologic, incidența complicațiilor fiind mai mare

la cele surenite asistat. Mortalitatea perinatală e de multe ori mai mare în cazul sarcinilor multiple decât în cele cu un singur făt.

### Material și metode

În grupul de studiu au fost incluse 441 de gravide cu sarcini multiple (436 cu duplex și 5 gravide cu tripleți) internate în Spitalul Clinic Municipal nr 1 pe parcursul anilor 2000-2007. În perioada respectivă au fost înregistrate 41443 de nașteri, incidența sarcinilor multiple fiind de 1,06%.

Obiectivul studiului l-a constituit aprecierea rezultatelor materne și fetale dependent de modalitatea terminării nașterii. Cu acest scop pacientele au fost divizate în două loturi, în primul fiind încadrate gravidele care au născut per vias naturalis, iar în cel de al doilea cele ce au născut prin cezariană.

### Rezultate și discuții

Din numărul total de sarcini multiple 230 (51,1% ± 2,3%) s-au terminat per vias naturalis, primipare fiind 121 paciente (52,6% ± 3,2% ), iar multipare 109 (47,3% ± 3,2%). În 211 cazuri (48,3% ± 2,37%) sarcina multiplă s-a finalizat prin operație cezariană, la 92 din ele (43,6% ± 3,41%) - în mod planic și în 119 (56,4% ± 3,41%) – de urgență. Termenele de finalizare a sarcinii sunt sumar prezentate în *tabelul 1*. pentru fiecare lot în parte.

Tabelul 1

#### Termenele nașterilor multiple în raport cu modul de finalizare a sarcinii

	Nașteri per vias naturalis ( 230 cazuri)	Nașteri prin operație cezariană (211 cazuri)	Total (441 cazuri)
21-28 săptămâni	20 ( 8,6% ± 1,84%)	2 (0,9 % ± 0,65%)	22 (4,9% ± 1,02%)
29-33 săptămâni	31 (13,4% ± 2,24% )	21 ( 9,9% ± 2,06%)	52 (11,7% ± 1,53%)
34-36 săptămâni	75 (32,6% ± 3,09%)	62 ( 29,3% ± 3,13%)	137 (30,8% ± 2,19%)
≥ 37 săptămâni	104 (45,2% ± 3,28%)	126 (59,7% ± 3,37%)	230 ( 52,3% ± 2,37%)

Cele mai frecvente complicații ale sarcinii în lotul I de studiu au fost anemia feriprivă atestată în 46 cazuri (21% ± 2,6%), iminența de întrerupere a sarcinii – în 116 cazuri (50,4% ± 3,2%), insuficiența istmicocervicală - în 17 cazuri (7,3% ± 1,7%), hipertensiunea indusă de sarcină - în 13 cazuri (5,7% ± 1,5%).Nașterea vaginală s-a complicat cu ruperea prenatală a pungii amniotice în 99 cazuri (43% ± 3,2%), insuficiența forțelor de contracție a survenit în 20 cazuri (8,7% ± 1,8%), hemoragiile hipotone - în 8 cazuri (3,5% ± 1,2%), defecte de țesut placentar - 31 cazuri (13,4% ± 2,2%), placenta acreta - 10 cazuri (4,2% ± 1,3%).

Complicațiile sarcinii și nașterii în lotul doi de studiu au servit de cele mai multe ori ca indicații de întrerupere a sarcinii în mod operator. În *tabelul 2* sunt sumar prezentate principalele indicații de finalizare a nașterii prin operație cezariană în mod urgent și la rece.

Din cele 441 de paciente, în 187 cazuri (42,5%± 3,2%) ambii feți au fost în prezență craniană, în 149 de cazuri (33,7% ± 2,25%) primul în prezență craniană, iar cel de al doilea în altă prezență, în 28 cazuri (6,3% ± 1,15%) primul făt a fost în prezență pelviană, iar cel de al doilea în craniană, prezența pelviană la ambii feți s-a semnalat în 35 cazuri (7,9% ± 1,28%), pelviană la primul, transversă la cel de al doilea în 31 cazuri (7,02% ± 1,21%), iar prezența transversă la ambii feți în 10 cazuri (2,2% ± 0,69%).

## Indicațiile pentru terminarea sarcinii prin operație cezariană

Indicațiile de bază pentru operația cezariană de plan		Indicațiile de bază pentru operația cezariană de urgență	
Antecedente obstetricale complicate	25 (27,1% ± 3,11%)	Stări hipertensive (preeclampsie)	14 (11,7% ± 2,94%),
Prezența patologiilor ale feților	37 (40,2% ± 5,10%)	Retard de dezvoltare a feților	12(10% ± 2,74%)
Fertilizare in vitro (FIV)	12 (13% ± 3,5%)	Prolabarea ansei cordonului ombilical	7(5,8% ± 2,14%)
Hipertensiune (preeclampsie)	11(11,9% ± 3,37%)	Fertilizare in vitro (FIV)	8(6,7% ± 2,29%)
Uter cicatricial	5 (5,4% ± 2,34%)	Ruptura prematură a membranelor după fertilizare in vitro (FIV)	8(6,7% ± 2,29%)
Retard de dezvoltare a feților	9(9,7% ± 3,09%).	Placenta previa	2(1,6% ± 1,15%)

Se consideră că prezentația craniană a ambilor feți ar trebui să se soldeze cu naștere vaginală în majoritatea cazurilor. Vom menționa însă că în 16% din cazuri, conform datelor studiului, după nașterea primului făt cel de al doilea își modifică poziția. Yang Q și colab.(2003) au semnalat că rata aplicării forcepsului/ventuzei obstetricale pentru fătul doi după nașterea primului făt e de 6,3%, iar a operației cezariene de 8,3%. La noi în clinică s-a efectuat operație cezariană în mod urgent pentru cel de al doilea făt doar în două cazuri. În unul din care ambii feți erau în prezentație craniană constatându-se schimbarea poziției fătului și prolabarea ansei cordonului ombilical, iar în cel de al doilea caz intervenția chirurgicală s-a efectuat pentru o sarcină cu primul făt în prezentație craniană, iar cel de al doilea în pelvină la apariția hipoxiei acute a fătului doi. În lotul unu de studiu în toate cazurile de prezentație transversă la cel de al doilea făt s-a efectuat versiunea internă și extragerea de picioruș, cu o singură excepție. Trebuie menționat că în majoritatea cazurilor primul făt era mai mare ca cel de al doilea. În figura 1 e prezentat un algoritm de finalizare a nașterii multiple în funcție de prezentație și masa feților.

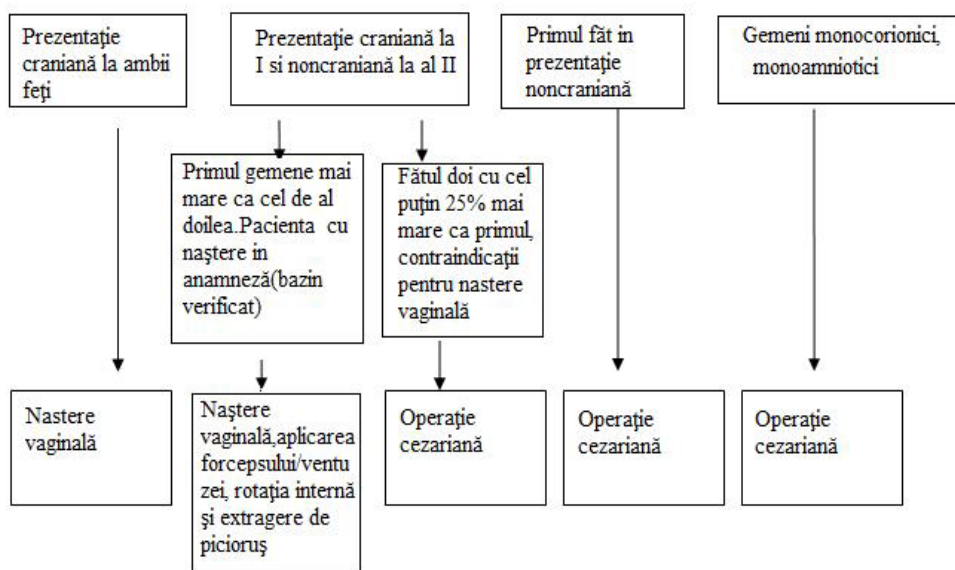


Fig. 1. Algoritm de finalizare a sarcinii multiple în raport cu prezentația fețelor

Experiența clinică demonstrează că operația cezariană pentru cel de al doilea făt nu este justificată.

Considerăm că scăderea incidenței aplicării tehnicilor operatorii obstetricale pentru cel de al doilea făt se poate obține prin scurtarea intervalului de naștere dintre feți.

Leung și colab.(2002) au stabilit că pH-ul arterial la fătul doi scade cu 0,00529 unități pe minut după nașterea primului făt. La un interval mai mic sau egal cu 15 min nu s-a semnalat nici un caz de pH egal cu 7, dar deja în intervalul de 15-30 min această valoare a pH-ului a fost constatată la 6% din copii, iar la un interval mai mare de 30 min - la 27% din copii. În studiul nostru intervalul dintre nașterea feților născuți atât prin intervenție chirurgicală cât și per vias naturalis a fost mai mic de 10 min în 378 de cazuri (85,9% ± 1,6%), între 10-20 min în 56 cazuri (12,6% ± 1,5%) și doar în 7 cazuri (1,6% ± 0,59%) a depășit 20 min.

Starea nou-născuților a fost analizată detaliat în corelație cu scorul Apgar și modul de finalizare a sarcinii (tabelul 3).

Tabelul 3

**Scorul Apgar acordat nou-născuților în funcție de termen și modul de terminare a sarcinii**

	Nașteri per vias naturalis	Nașteri prin operație cezariană	Nașteri per vias naturalis	Nașteri prin operație cezariană	Nașteri per vias naturalis	Nașteri prin operație cezariană	Decedați ante și intranatal
	1-3p	1-3p	3-6p	3-6p	≥7p	≥7p	
21-28 săptămâni	14 (37,8% ±7,9%)	2 (5,4% ±3,7%)	15 (40,5% ±7,0%)	3 (8,1% ±4,4%)	3 (8,1% ± 4,4%)		8 copii
29-33 săptămâni	1 (0,9% ±0,9%)	3 (2,9% ±1,6%)	54 (53,4% ±4,9%)	29 (28,7% ± 4,5%)	6 (5,9% ±2,3%)	8 (7,9% ±2,71%)	3 copii
34-36 săptămâni	2 (0,74% ±0,52)		65 (24,3% ±2,64%)	40 (14,9± 2,17%)	81 (30,3 ±2,81%)	79 (29,5% ± 2,78%)	9 copii
≥ 37 săptămâni	–	1 (0,21% ± 0,21%)	24 (5,27% ±1,04%)	35(7,6% ±1,23%)	179 (39,3 % ±2,28%)	216 (47,4% ± 2,33%)	6 copii

Modul de finalizare a sarcinii în intervalul 29-33 săptămâni trezește păreri controversate. Luând în considerare faptul că asfixia gravă și medie s-a constatat la 55% din copiii născuți per vaginum și numai la 32% copii după operație cezariană, considerăm oportună intervenția operatorie în interes fetal la acest grup de paciente. Analizând mortalitatea neonatală precoce (20,3‰) am constatat că din 18 copii decedați neonatal 9 au fost născuți la termenul 29-33 săptămâni.

În cadrul studiului nostru s-a apreciat masa nou-născuților în raport cu de termenul de gestație și modul de finisare a sarcinii (tabelul 4).

În cazul sarcinii multiple, masa feților capătă o conotație deosebită din cauza complicațiilor specifice (creșterii discoordonate, sindromului de hemotransfuzie fetu-fetal), influențând semnificativ managementul atât al sarcinii cât și al nașterii.

Indicatorii sănătății reproductive reflectă nivelul calității acordării ajutorului medical atât în perioada preconcepțională, cât și în timpul sarcinii, nașterii și primelor zile postpartum.

Pe parcursul a 8 ani, în cazul pacientelor cu sarcini multiple, nu am avut mortalitate maternă.

Din numărul de nou-născuți decedați 23 au murit antenatal, 3 intranatal, 17 copii au decedat neonatal precoce, iar 1 neonatal tardiv. Doi nou-născuții decedați intranatal au avut termenul de gestație cuprins între 21-28 săptămâni, iar unu a decedat la 33 săptămâni. Decesul a survenit ca rezultat al prolăbării anșelor cordonului ombelical la doi din feți, iar într-un caz moartea a survenit ca rezultat al decolării de placentă normal inserată.

Masa feților la naștere în raport cu termenul de gestație și modul de finisare a sarcinii

	500-1000 gr		1001-1500 gr		1501-2000 gr		2001-2500 gr		2501-3000 gr		>3000 gr	
	pv	cez	pv	cez	pv	cez	pv	cez	pv	cez	pv	cez
<b>21-28 săpt..</b>	33 (68,8± 6,9%)	2 (4,4± 3,0%)	6 (11,1± 4,6%)	2 (4,4± 3,0%)	3 (6,6± 3,7%)	-	2 (4,4± 3,0%)	-	-	-	-	-
<b>29-33 săpt..</b>	1 (0,9± 0,9%)	-	12 (11,4± 3,0%)	10 (9,4± 2,8%)	43 (40,9± 4,7)	29 (27,3± 4,3%)	6 (5,6± 2,2%)	4 (3,7± 1,8%)	-	-	-	-
<b>34-36 săpt..</b>	1 (0,36± 0,3%)	-	2 (0,72± 0,5%)	1 (0,36± 0,3%)	36 (13± 2,02%)	33 (11,5± 1,9%)	81 (29,3± 2,7%)	72 (26,8± 2,6%)	28 (9,7± 1,7%)	19 (6,8± 1,5%)	2 (0,72± 0,5%)	1 (0,36± 0,3%)
<b>≥ 37 săpt..</b>	-	-	1 (0,21± 0,04%)	-	8 (1,7± 0,6%)	10 (2,1± 0,6%)	32 (6,9± 1,1%)	58 (12,5± 1,5%)	101 (21,9± 1,9%)	129 (27,9± 2,08%)	67 (14,5± 1,6%)	55 (11,9± 1,5%)

În cadrul studiului nostru am comparat raportul dintre rata cezarienelor și mortalitatea perinatală pe două perioade de timp: 1994-1999 și 2000-2007 și am constatat că o dată cu creșterea dublă a incidenței ratei cezarienelor (de la 22,80% la 48,30%) se atestă o scădere proporțională a mortalității perinatale ( de la 97% la 47,3%).

### Concluzii

1. În cazurile de sarcină multiplă modul optimal de naștere trebuie apreciat individual, dependent de termenul de gestație, zigocitate, situsul și prezența feților.
2. În caz de prezență craniană la primul făt și noncraniană la cel de al doilea, se acordă prioritate operației cezariene dacă masa fătului doi e cu 25% mai mare ca a primului făt.
3. Termenul de finalizare a sarcinilor multiple cu doi feți nu trebuie să depășească 37-38 săptămâni, iar cu tripleți 36 săptămâni. Considerăm că după acest termen se instalează insuficiența placentară și prin urmare necesitățile metabolice și respiratorii fetale nu mai sunt satisfăcute. Totodată este suprasolicitat organismul matern. Riscurile complicațiilor după acest termen și mortalitatea perinatală crescând semnificativ.
4. Rezultatele noastre confirmă scăderea mortalității și morbidității perinatale la lărgirea indicațiilor operației cezariene

### Bibliografie

1. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. Am J Obstet Gynecol 2003;188(1):275-81.
2. Bakr AF, Karkour T. What is the optimal gestational age for the twin delivery. BMC Pregnancy Childbirth 2006;6:3.
3. Carroll MA, Yeomans ER, Vaginal delivery in twins. Clin Obstet Gynecology 2006;49:154 – 66
4. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. Cochrane Database Syst Rev 2000(2): CD000065.
5. DeFalco LM, Sciscione AC, Megerian G, Tolosa J et al. Inpatient versus outpatient management of monoamniotic twins and outcomes. Am J Perinatol 2006; 23:205-11.
6. Dodd JM, Crowther CA. Should we deliver twins electively at 37 weeks gestation? Curr Opin Obstet Gynecol 2005; 17: 579-83
7. Dodd JM, Robinson JS, Crowther CA, Chan A. Stillbirth and neonatal outcomes in South Australia 2000, Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1731
8. Dwight P. Cruikshank. Intrapartum Management of twin gestations, Am J Obstet Gynecol 2007; Vol 109, No 5.

9. Jackson RA, Gibson Ka, Wu ZW. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet. Gynecology* 2004
10. Leung TY, Tam WH, Leung TN, Lok IH, Lau TN. Effect of twin to twin delivery interval on umbilical cord blood delivery gas in the second twins. *BJOG* 2002; 109:63-7
11. Newman RB, Krombach RS, Myers MC, McGee DL. Effect of cerclage on obstetrical outcome in twin gestations with a shortened cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(4):634-40.
12. Paladi Gh , Cernetchi O. Bazele obstetricii fiziologice, Vol I, 2006
13. Pinborg A, Loft A, Schmidt L, Langhoff-Roos J, Anderson AN. Maternal risks and perinatal outcome in a Danish national cohort of 1005 twin pregnancies: the role of in vitro fertilization. *Acta Obstet Gynecol Scan* 2004;84:75–84.
14. Сичинава Л. Г., Панина О. Б. Многоплодие. Современный подход к тактике ведения беременности и родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2003.
15. Smithers PR, Halliday J, Hale L, Talbot JM, Breheny S, Healy D. Highfrequency of cesarean section, antepartum hemorrhage, placenta previa, and preterm delivery in in vitro fertilization twin pregnancies. *Fertil Steril* 2003;80:666–8.
16. Sibai BM, Hauth J, Caritis S, et al. Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):938-42.
17. Smith GC, Shah I, White IR, Pell JP, Dobbie R., Mode of delivery and risk of delivery – related perinatal death among twins at term. *BJOG* 2005; 112:1139-44.
18. Zhang J, Bowers WA Jr, Grey Tw, McMahan MJ. Twin delivery and neonatal and infant mortality: a population-based study. *Obstet Gynecol* 1996; 88:593

## **CONDUITA SARCINII ȘI A NAȘTERII ÎN CAZ DE RUPERE PREMATURĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE PRETERMEN**

**Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi, Ludmila Stavinskaia, Uliana Tabuica, Dorina Darii, Maxim Calaraș, Daniela Ciobanu**

Catedra de Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat) USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Management of pregnancy and labor complicated with preterm premature rupture of membranes***

Preterm premature rupture of membranes (PROM) that occurs earlier than 37 weeks of gestation in most cases aggravates the evolution of the pregnancy and labor with severe repercussions on the fetus. The aim of the study was to determine the optimal method of pregnancy and birth management, and also the management of postnatal complications for the mother and for the infant, in cases when PROM occurred between 24-34 weeks of gestation; evaluating the possibility of performing cesarean section in cases with prolonged oligohidramnios period. We have reviewed the medical charts of women with PROM occurred at 24-34 weeks of gestation, that were hospitalized in our institution from 2003 to 2008. We have assigned the patients in 3 groups, according to gestational age when PROM occurred. Data from our investigation clearly call for further research, and yet, the maternal and perinatal outcomes show that the expectant management can be used, but only in a third level maternity and in a premature new born intensive care unit. The caesarian section performed at 29-34 weeks of gestation, even with a long oligohidramnios period is more favorable for the fetus vs. natural delivery. Moreover, the perinatal morbidity rates are more propitious in pregnancies expectantly managed compared to intentional delivery.