

10. 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.
11. Zhang J, Bowers WA Jr, Grey TW, McMahon MJ. Twin delivery and neonatal and infant mortality: a population-based study. Obstet Gynecol 1996; 88:593

## **ABRUPTIO PLACENTAE**

**Mariana Dragan, Irina Sagaidac, Victor Ciobanu**

(Coordonator d.ș.m, conf. Victor Ciobanu)

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu

Șef de catedră d.h.ș.m, prof. univ. Olga Cernetchi

### **Summary**

#### *Placenta abruptio*

Abruptio placentae(AP) represents a serious social and medical issue. The subject matter of the research was evaluating the causes and the consequences of AP. The study performed on 35 patients from ICSDOSM and C during 2010, having been diagnosed with AP, proved the main factor causing AP to be hypertension that was present in the 28,5% of the cases, among the sample patients just 2 of them had been diagnosed with chronic arterial hypertension, the other cases of AP were based on different stages of preeclampsia.

### **Rezumat**

Abruptio placentae(AP) constituie o problemă medico-socială de importanță majoră. Scopul lucrării prezente a fost evaluarea cauzelor și consecințelor AP. Studiul retrospectiv efectuat a inclus 35 de paciente internate în ICSDOSM și C în perioada anului 2010 cu diagnosticul de AP. Rezultatele studiului au demonstrat faptul că factorul primordial care favorizează abruptio placentae reprezintă stările hipertensive indentificate în 28,5%, dintre care doar 2 paciente au suferit de hipertensiunea arterială cronică, restul cazurilor de AP apărute pe fundalul unei preeclampsii de diferit grad.

### **Actualitatea**

În structura afecțiunilor obstetricale abruptio placentae (AP) se înscrie cu o incidență de 0,5-1,3 din numărul total de sarcini, fiind în continuă creștere. Datele publicate în literatura de specialitate confirmă că această patologie pune în pericol viața atât a mamei cât și a fătului și fără tratament prompt și corect este responsabilă de 6% din mortalitatea maternă, iar rata mortalității fetale este aproximativ 15%. Este cel mai frecvent diagnosticată în al treilea trimestru de sarcină, dar poate apărea în orice moment al sarcinii, după aproximativ 20 săptămâni de amenoree. Mortalitatea perinatală, întârzierea în creșterea intrauterină și prematuritatea sunt principalele complicații fetale. Morbiditatea și mortalitatea maternă se datorează importanței hemoragiei sau/și asocierii coagulării intravasculare diseminate(CID). O treime din cazurile de hemoragie antepartum se datorează acestei patologii. Precocitatea diagnosticului influențează semnificativ prognosticul matern și fetal.

### **Scopul și obiectivele**

Reieșind din datele menționate mai sus, scopul studiului efectuat constă în identificarea incidenței AP, evaluarea factorilor care sunt responsabili în apariția AP și studierea particularităților clinico-anamnestice a patologiei date.

### **Materiale și metode**

A fost efectuat un studiu retrospectiv pe baza fișelor de observație clinică din (2010, cu diagnosticul de AP, total 35 de cazuri), selectate din arhiva ICSDOSM și C. Au fost extrase

datele cu ajutorul unui chestionar adaptat pentru a identifica prezența factorilor care pot favoriza apariția AP, formele clinice, metodele de diagnostic și de tratament aplicate.

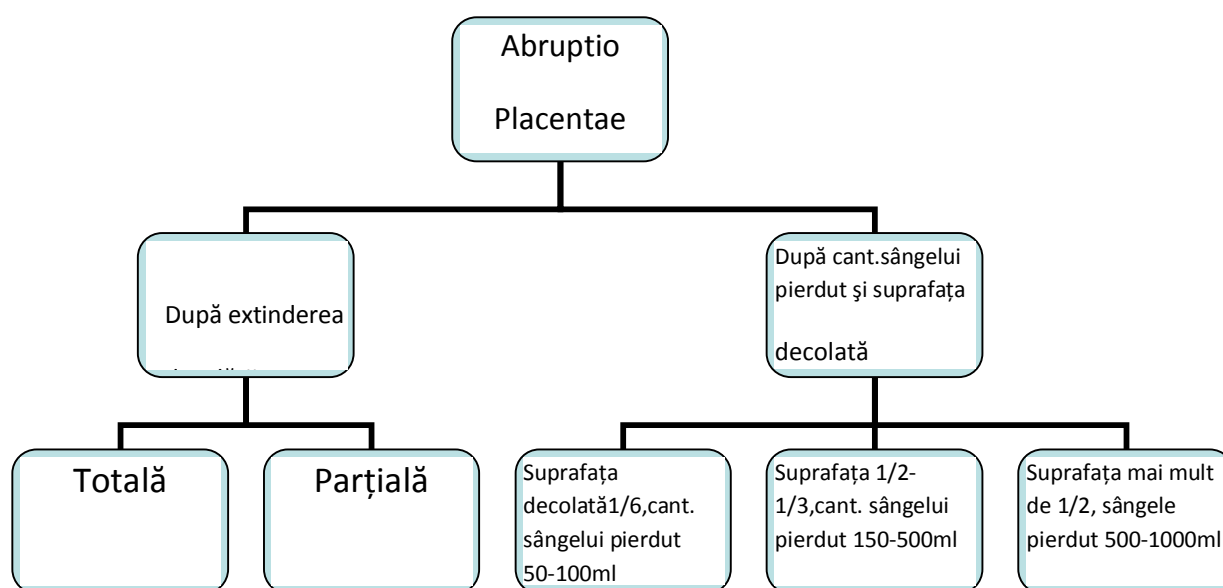
### **Rezultate și discuții**

AP este o afecțiune gravă, în care placenta se separă parțial sau complet de mucoasa uterului înainte de nașterea copilului. În cazul AP sângele se poate elimina prin căile genitale sau se acumulează în spatele placentei (hematom retroplacentar), astfel separă o parte din placenta și o împinge la distanță de peretele uterin. Acest proces poate priva fătul de oxigen și substanțe nutritive și poate determina nașterea prematură, greutate mică la naștere (de 2500g sau mai mică) și pierderi masive de sânge la mamă, ce conduc la moartea atât a fătului cât și a mamei. Conform studiului retrospectiv efectuat doar 14 cazuri (40%) erau nașteri la termen, 1 caz de sarcină suprapurtată, restul nașterilor erau premature cu predominarea termenului între 36-34 săptămâni de amenoree (33%), între 33-30 s.a.(14%), iar între 29-25 ș.a. (10%). Feții născuți prezentau greutate între 2500-4500 în 52% de cazuri, între 1500-2400 în 37% și <1500 în 11% de cazuri. Majoritatea copilașilor au fost născuți cu un scor Apgar 7/8 (58%), 6/7 (18%), 5/6 (12%), 2 copilași născuți cu un scor Apgar 9/10 și în 2 cazuri a fost stabilită moartea antenatală a fătului.

Factorii de risc pentru abruptio placentae:

- Hipertensiunea arterială (140/90 mm Hg sau mai mare) - cronică sau indusă de sarcină, crește riscul de decolare prematură de placenta. Această relație se verifică în circa 50% din cazuri de decolare prematură de placenta. În studiul lui Abdella și colab.(1985) incidența generală a fost 1,2% dintre care la cele cu preeclampsie 2,3%,cu HTA cronică 10% și cele cu eclampsie 23,6% [2]. În studiul efectuat la 28,5% (10 paciente) AP s-a produs pe fondul unei stări hipertensive dintre care doar 2 paciente au suferit de hipertensiune arterială cronică, restul cazurilor de AP apărute pe fundalul unei preeclampsii de diferit grad;
- Vârsta. Decolarea prematură de placenta este mai frecventă la gravidele cu vârsta mai mare de 35 ani sau mai mică de 16 ani conform datelor literaturii [2];. Analiza repartizării pacientelor în funcție de vârstă a determinat, că majoritatea au constituit parturientele în vârstă între 16-24 ani (40%), între 25-29 (34%), între 30-34 ani (12%) și între 35-40 ani (14%);
- Carențe alimentare. Alimentația deficitară în acid folic (rol în sinteza proteinelor și în dezvoltarea placentei), vitamine și proteine predispune la decolare prematură de placenta;
- Factorii nocivi. Decolarea prematură de placenta este de 2 ori mai frecventă la femeile care fumează (crește fragilitatea capilarelor determinând hipoxie, histologic sau determinat zone de necroza deciduală și ischemie), sau consumul de cocaină și alcool în timpul sarcinii [1];
- Traumatisme directe. Traumatismul abdominal, cum ar fi căderea, accidentul rutier sau alt tip de lovitură la nivelul abdomenului, versiunea cefalică externă în prezența pelvină sau puncția placentei în timpul amniocentezei;
- Cordon ombilical neobișnuit de scurt ;
- Ruperea prematură de membrane, îndeosebi cu durata mai mare de 24 ore, stabilită în cazul studiului în 6 cazuri ce constituie 17%, însă toate cu o durată a perioadei alichidiene mai mică de 24h ;
- Decompresia brutală în caz de polihidramnios sau nașterea primului făt în caz de duplex. A fost indentificată o singură situație de AP în caz de duplex și polihidramnios ca posibil fiind responsabil în 3 cazuri(8,5%);
- Corioamniotita e un factor favorizant care a fost evaluat într-un singur caz, însă analiza comorbidității a decelat prezența la 17% a maladiilor sexual transmisibile (Ureaplasma, Micoplasma, Chlamidii,CMV,HSV), a infecțiilor aparatului urinar în 8% și o gravidă ce a suportat o IRVA forma gravă;
- Utilizarea incorectă a oxitocinei, rahianestezia. A fost stabilit un singur caz de apariție a AP ca răspuns la stimularea nașterii cu oxitocină ;
- Decolarea prematură de placenta în sarcini anterioare;

- Tulburări de coagulare. Orice afecțiune ce afectează coagularea sângelui crește riscul de decolare prematură de placentă [6]. Într-un singur caz studiat a fost indentificată purpura trombocitară.
- Multiparitatea crește riscul de decolare prematură de placentă. Analizând rezultatele studiate, s-a determinat predominarea AP la pacientele pluripare comparativ cu cele nulipare, care au constituit doar 36% ;
- Creșteri reduse în greutate în timpul sarcinii;
- Diabetul zaharat;
- Anomalii uterine, prezența nodulilor miomatoși în spatele zonei de implantare sau operația cezariană în anamneză, aceste patologii ca posibil fiind responsabile de AP doar în 24% din cazurile studiate, dintre care au predominat operațiile cezariene în anamneză (11%), prezența nodulilor miomatoși (8%) și uter bicorn (5%);



**Fig.1 Clasificarea AP**

Manifestările clinice sunt foarte variate, de la o boală puțin simptomatică: ușoare dureri abdominale, ușor hipertonus, starea generală a mamei și a fătului neafectată la dureri abdominale intense, uter în hipertonus pronunțat, duritate lemnoasă, bataile cordului fetal micșorate sau dispărute, semnele a unui șoc hemoragic pronunțat [3]. Astfel în AP putem determina:

- Sângerarea vaginală (sânge maroniu, negricios, necoagulabil) ;
- Dureri abdominale (urmată de stare de șoc) ;
- Dureri lombare ;
- Uter sensibil și dureros, contractat fără perioade de relaxare, tetanie uterină, uter de lemn) ;
- Contractii uterine rapide (hipertonie, hiperkinezie) ;
- Distres fetal (lipsa reactivității, tahicardie fetală, decelerațiile tardive sau traseul sinusoidal, reprezintă semne de alarmă datorate anemiei sau hipoxiei fetale) [4];

Tabelul 2

**Semne și simptome clinice indentificate în studiul propriu**

S Sângerări vaginale	28(80%)
Durereri abdominale	24(68%)
Dureri lombare	16(45%)
Hipertonus	22(62%)
L Lichid amniotic sangvinolent	26(74%)
B BCF alterate	7(20%)

În formele grave de decolare prematură de placentă se asociază starea generală alterată, semne de șoc, dispnee, puls accelerat, extremități reci, scăderea tensiunii arteriale, bataile cordului fetal alterate sau absente, modificări ale mișcărilor fătului. Complicațiile materne cel mai des întâlnite sunt hemoragie cu șoc de diferită gravitate, CID, uterul Couvelaire, insuficiența cardio-vasculară și renală, moartea. Complicații fetale: făt prematur, regresie în dezvoltare, anomalii sistemului nervos central, dereglări de coagulare la nou-născut, făt mort. Din complicațiile materne evaluate a fost indentificate șocul hemoragic de diferit grad, predominant de gr.I-II, șoc hemoragic de gradul III evaluat în 2 cazuri (6%), uterul Couvelaire stabilit intraoperator în 3 cazuri (8%). Din complicațiile fetale au predominat prematuritatea, a cărei indicii sunt prezentați mai sus și hipotrofiile fetale în 6 cazuri (17%) .

Diagnosticul se confirmă prin metode clinice și paraclinice pentru evaluarea statusului matern: (examen clinic, examen ecografic obstetrical, teste de laborator: hemoglobină, hematocritul, număr de trombocite, fibrinogenul, indicele de protrombină, timp de trombotoplastină parțial activată, de trombina, produși de degradare ai fibrinei și a fibrinogenului, proba Lee-White) și evaluarea statusului fetal se efectuează prin: (examen clinic-auscultarea BCF, examen ecografic, examen cardiocografic) [5]. În studiul efectuat, diagnosticul primordial a fost elaborat pe baza examenului clinic a cărei simptomatologia a servit ca bază pentru diagnostic, USG s-a prezentat ca sursă de diagnostic în cazul formelor atenuate și neclare (în 12 cazuri, 34%), prin intermediul caruia a fost depistat hematom retroplacentar de diferite dimensiuni și apoi confirmat intraoperator în timpul operației cezariene. Un singur caz studiat a prezentat absența totală a manifestărilor clinice și doar la examenul intraoperator a fost indentificată decolarea de 1/4 a placentei. Analiza parametrilor testelor paraclinice a decelat anemie de diferit grad practic în tot lotul de pacienți, în 6 cazuri (17%) o hipofibrinogenemie și deviațiile de la normă a timpului de coagulare, spre micșorarea duratei acestuia, ce exprimă faza de hipercoagulare a sdr.CID.

Tratamentul în cazul formelor minore se bazează primordial pe monitorizare, cu administrarea de tocolitice, antianemice, când travaliul este declanșat se supraveghează atent. În cazul formelor majore desocarea și remontarea stării generale sunt măsuri de prim ordin, adică reechilibrare volemică maternă și evacuarea rapidă a conținutului uterului, dacă e posibil prin căile naturale, în caz contrar se face operație cezariană (în caz de mare urgență este admisă și pe făt mort în uter) [6]. Din cele 35 din cazuri studiate doar un singur caz s-a finisat prin nașterea per vias naturalis în restul cazurilor s-a efectuat operația cezariană în mod urgent.

### **Concluzii**

- După datele studiului retrospectiv efectuat, AP predomină la vârsta tânără între 16-24 ani (40%) cu o mică diminuare la vârsta între 25-29 (34%), între 30-34 ani (12%), restul AP (14%) apărând cu precădere în domeniul al treilea de viață.
- Ca factori primordiali care favorizează apariția AP au fost indentificate stările hipertensive indentificate în 28,5% (10 paciente), dintre care doar 2 paciente au suferit de hipertensiune arterială cronică, restul cazurilor de AP apărute pe fundalul unei preeclampsii de diferit grad și un alt factor este prezența modificărilor uterine, aceste patologii ca posibil fiind responsabile de AP în 24% din cazurile studiate, dintre care au predominat operațiile cezariene în anamneză (11%), prezența nodulilor miomatoși în (8%) și uter bicorn (5%).
- Alți factori ca posibil fiind responsabili în producerea AP s-au prezentat a fi multiparitatea determinată în 64% și prezența a procesului infecțios, 17% s-au prezentat a fi bolile sexual transmisibile și infecțiile aparatului urinar în 8%.
- Diagnosticul a fost bazat pe tabloul și examenul clinic, USG și în cazurile dubioase diagnosticul a fost elaborat sau confirmat intraoperator. Totuși, examenul clinic obstetrical rămâne metoda de baza pentru elaborarea diagnosticului de AP.
- Dintre complicațiile fetale cele mai frecvente se prezintă prematuritatea stabilită în 57% și în consecință greutatea mică la naștere indentificată în 48%, dintre cele materne șocul hemoragic predominant de gradul I-II și sdr.CID stabilit în 17%.

- Tratatamentul de bază aplicat în cazul AP s-a prezentat a fi operație cezariană, doar un singur caz nașterea s-a produs per vias naturalis, AP fiind produsă în perioada de expulzie a fătului.

### **Bibliografie**

1. Flowers D., Clark F., Westney S.,- In : "Cocaine intoxication associated with abruption placentae", 1991, pag. 202-204.
2. Paladi G., Cernețchi O. – In the book: Obstetrică patologică. Hemoragiile obstetricale, 2007, pag. 391-400.
3. Stemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N.- Obstetrica practică. Apoplexia uteroplacentară, 2004, pag. 307-320.
4. Usui R., Matsubara S., Ohkuchi A., - In the book : Gynecology and Obstetrics . Fetal heart rate pattern reflecting the severity of placental abruption", 2007, pag. 207-216.
5. Wikipedia – Placental Abruption. Available at: [en.wikipedia.org/wiki/Placental\\_abruption](http://en.wikipedia.org/wiki/Placental_abruption)
6. Гордеева Г .- Акушерство и гинекология. Decolarea prematură de placenta normal inserată, 2008 , pag. 239-242.

## **NAȘTEREA PREMATURĂ- ASPECTE ETIOPATOGENETICE**

**Elena Pavlov, Victoria Badea, Victor Ciobanu**

(Coordonator științific- Ciobanu Victor, d.ș.m., conferenciar universitar)  
Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”  
Șef catedră- Cernețchi Olga, d.h.ș.m., profesor universitar

### **Summary**

#### ***Premature birth – etiopathogenesis aspects***

This article examine aspects of etiology and etiopathogenesis of premature birth. Here were investigated 190 medical record on retrospective analysis. In the following way three study groups were obtained according to gestational period. Results: the groups were detected fetal , maternal and mixed risk factors in triggering birth. In the gestational period of 22-27 weeks the precocious neonatal mortality rate is quite high. The signs of fetal distress are much more severe. Prophylaxis of premature birth is primarily prevention of the risk factors.

### **Rezumat**

Articolul dat elucidează aspectele etiopatogenetice ale nașterii premature. Au fost cercetate 190 de fișe medicale în baza analizei retrospective. S-au obținut 3 grupe de studiu în funcție de termenul gestațional. Rezultate: au fost detectați factorii de risc fetal, materni și materno-fetal în declanșarea nașterii premature. La un termen de 22-27 săptămâni mortalitatea neonatală precoce are o rată destul de înaltă, iar semnele de suferință fetală sunt mult mai severe. Astfel, profilaxia nașterii premature este în primul rând profilaxia factorilor de risc.

### **Actualitatea**

Nașterea prematură este definită ca nașterea între 22-37 săptămâni de gestație a unui copil prematur cu masa corpului între 500-2499 g și talia între 25-45 cm. [1,2]

Importanța care se acordă în prezent prematurității se explică prin incidența încă ridicată a nașterilor premature în toată lumea, care în medie este de 10%. [1]

Nașterea prematură este responsabilă de aproximativ 50% din mortalitatea perinatală, 70-80% din mortalitatea neonatală precoce, ceea ce pentru țara noastră reprezintă date destul de impunătoare. [1,2,3]

Majoritatea prematurilor, fiind „prea mici” pentru a merge acasă, sunt susținuți timp de săptămâni în secțiile de terapie intensivă a nou-născuților deoarece implică serioase complicații și riscuri pentru viață. Totodată, prematurii consumă imense resurse materiale pentru îngrijire și