

PROTOCOL PLACENTA PRAEVIA

1 INTRODUCERE

Placenta praevia, reprezintă placenta implantată în totalitate sau parțial la nivelul segmentului uterin inferior, fiind o cauză majoră de hemoragie antepartum. Mortalitatea maternă prin hemoragie antepartum în placenta praevia este scăzută în țările dezvoltate (4 cazuri între 2000-2002 raportate în Marea Britanie). În schimb, în țările cu nivel socio-economic scăzut și numeroase restricții în sistemele de sănătate publică, placenta praevia continuă să rămână o cauză importantă de deces matern.

Decesul fetal intrapartum este mai frecvent în cazul nasterilor premature asociate cu hemoragie intrapartum.

Mortalitatea perinatală asociată cu placenta praevia este în jur de 2-3%.

Cresterea incidenței operației cezariene, combinată cu vârsta maternă avansată la naștere, determină o continuă creștere a cazurilor de placenta praevia și a complicațiilor sale.

După gradul în care orificiul cervical intern este acoperit de placenta praevia, entitatea se clasifică în:

- **centrală** – zona de implantare a placentei acoperă în întregime orificiul cervical intern
- **parțială** – placenta acoperă parțial orificiul cervical intern
- **marginală** – placenta este în contact cu marginea orificiului cervical intern
- **laterală** – acest termen este utilizat pentru a descrie:
 - o **placentă joasă** în trimestrul al II-lea de sarcină
 - o **placentă inserată pe segmentul inferior** și având marginea inferioară a tesutului placentar la 2-3 cm de orificiul cervical intern.

Clasificarea de mai sus, dificilă uneori de aplicat în practica curentă, este importantă în aprecierea riscului de morbiditate și mortalitate materno-fetală.

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Placenta praevia”, este conceput pentru aplicare la nivel național.

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Placenta praevia”, precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale conduitei particularizate unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

2 SCOP

Obiectivul acestui ghid este de a standardiza conduita adecvată antepartum și peripartum în cazurile cu placenta praevia pentru a îmbunătăți prognosticul

... necesitatea personalului de specialitate de obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicină de urgență, terapie intensă neonatologie) ce se confruntă cu problematica abordată.

Prezentul Ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidentelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente
- ghidul permite structurarea documentației medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înțelege medicul de specialitate Obstetrică - Ginecologie, caruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

3.2 Principii

Ghidul clinic „Placenta praevia” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date).

4 STRUCTURA

I. Evaluare (aprecierea riscului) si diagnostic

II. Conduita

III. Urmarire si monitorizare

IV. Aspecte administrative

I. EVALUARE SI DIAGNOSTIC

Suspiciunea clinica de placenta praevia

- Medicul trebuie suspecteaza clinic placenta praevia în urmatoarele cazuri:
 - pacienta cu sângerare vaginala spontana aparuta dupa 24 saptamâni de amenoree asociata cu:
 - absenta contractiilor uterine dureroase
 - tonus uterin normal
 - prezentatie distocica
 - MAF si BCF prezente, normale
 - conditii asociate:
 - ruptura prematura de membrane
 - întârziere de crestere intrauterina
 - factori de risc materni (de ex. antecedente de placenta praevia)

Recomandare Se recomanda medicului ca suspiciunea de placenta praevia sa creasca odata cu asocierea mai multor criterii din cele mentionate anterior, indiferent de examinarile ecografice anterioare.

Diagnosticul pozitiv al placentei praevia

- În cazul suspiciunii clinice de placenta praevia, medicul trebuie sa stabileasca diagnosticul pozitiv pe baza examenului ecografic obstetric.
- Argumentare** Examenul ecografic obstetric va fi luat în considerare în sustinerea diagnosticului.

Metode paraclinice de localizare placentara

Ecografia obstetricala transabdominala

- Medicul care practica examinarea ecografica obstetricala transabdominala a placentei trebuie sa o cuprinda pe aceasta în sectiuni sagitale, parasagitale si transverse.

Argumentare Pentru a putea aprecia raportul între marginea inferioara a placentei si orificiul cervical intern.

Optiune Medicul poate opta pentru utilizarea ecografiei Doppler color in institut

Argumentare Ecografia Doppler color poate ajuta în precizarea inserției velamentoase de cordon ombilical.

Ecografia obstetrică transvaginală

- Medicul recomandă examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia în institutii medicale specializate.

Argumentare Examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia, localizarea ariei placentare. Transductorul vaginal poate oferi o imagine clară fără a veni în contact cu colul uterin.

Rezonanță magnetică nucleară

Opțiune Rezonanță magnetică nucleară poate fi indicată de medic în institut medicale specializate pentru diagnosticul placentei praevia, atunci când imaginile ecografice transabdominale și transvaginale ale acesteia sunt nesatisfăcătoare.

Argumentare Rezonanță magnetică nucleară s-a dovedit a fi utilă mai ales în localizarea placentare posterioare, dar în acest moment ea este utilizată doar în context de cercetare.

Examenul clinic obstetric

În cazul unităților medicale ce nu dispun de un echipament ecografic corespunzător sau al hemoragiilor abundente ce nu permit asigurarea deplasărilor rapide a gravidei spre o astfel de facilități, medicul trebuie să formuleze diagnosticul de placenta praevia pe baza examenului clinic obstetric și în special a celui vaginal și trimiterea în institutii medicale specializate a pacientei.

- Medicul trebuie să efectueze cu blândete examenul cu valve/specul.

Argumentare Examenul cu valve/specul permite diagnosticul diferențial al placentei praevia cu entitățile descrise la cap. anterior. Prezenta acestora totuși nu înlătură diagnosticul de placenta praevia. Examenul cu valve/specul poate permite vizualizarea țesutului placentar dacă cervixul uterin este parțial dilatat.

- În cazul unui col nedilatat, medicul trebuie să palpeze cu prudență fornixurile vaginale.

Argumentare Dacă se palpează țesut spongios, diagnosticul de placenta praevia este confirmat.

Palparea capului fetal îndepartează diagnosticul de placenta praevia centrală.

Opțiune În cazul dubiului de diagnostic, în prezenta unui col dilatat, medicul poate să practice cu prudență explorarea digitală intracervicală.

Argumentare În cazul dubiului de diagnostic se practică explorarea digitală intracervicală și dacă se palpează țesut spongios intracervical, diagnosticul de

- Medicul trebuie sa nu repete:
 - tuseul vaginal
 - explorarea digitala intracervicala

Diagnosticul de placenta acreta

Recomandare Se recomanda medicului sa indice examinarea ecografica Doppler color la toate pacientele cu placenta praevia pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de placenta acreta in institutii medicale specializate.

Argumentare Pacientele cu placenta praevia au un risc crescut de placenta acreta mai ales în urmatoarele situatii:

- uter cicatricial (cu interval scazut între operatia cezariana si momentul conceptiei)
- placenta praevia cu localizare anterioara

Diagnosticul diferential al placentei praevia

- Medicul trebuie sa efectueze diagnosticul diferential al placentei praevia cu urmatoarele entitati:
 - decolare prematura de placenta normal inserata
 - ruptura uterina
 - cervicite
 - polipi cervicali
 - neoplasm cervical
 - leziunile traumatice ale colului uterin
 - ruptura prematura de membrane
 - travaliu prematur
 - vasa praevia
 - leziunile traumatice ale peretelui vaginal
 - avort spontan
 - sângerare pe cale vaginala, de etiologie nonobstetricala

Evaluarea statusului maternofetal

- Medicul trebuie sa evalueze statusul matern si fetal astfel:

Evaluarea statusului matern se efectueaza prin:

- examen clinic
- examen ecografic obstetrical
- teste de laborator

Evaluarea statusului fetal se efectueaza prin:

– examen cardiotocografic

- Medicul trebuie să indice evaluarea următorilor parametri biologici:
 - Grup sangvin, factor Rh (Rhesus)
 - hemoleucograma cu nr. trombocite
 - coagulograma

II. CONDUITA

Asistenta prenatala

Consilierea

- De la 24 SA, medicul trebuie să consilieze pacienta cu placenta praevia pentru ca aceasta:
 - să scadă intensitatea activităților zilnice
 - să evite:
 - contactul sexual
 - exercitiul fizic
 - să se adreseze imediat medicului în cazul apariției:
 - sângerării pe cale vaginală
 - contractiilor uterine

Conduita în cazul pacientelor cu placenta praevia asistate prenatal în condiții de ambulator

- Se recomandă medicului să acorde asistenta prenatală pacientelor cu placenta praevia, în condiții de ambulator, doar dacă:
 - pacienta se poate prezenta la un serviciu medical de specialitate, în cel mai scurt timp posibil
 - pacienta poate respecta repausul la pat la domiciliu
 - pacienta este informată asupra adresării imediate în serviciul medical în caz de:
 - sângerare vaginală
 - contractii uterine dureroase
 - ☐ – pacienta este informată asupra riscurilor pe care le presupune absența spitalizării.
- În trimestrul III de sarcină medicul care asigură asistenta prenatală a unei gravide cu placenta praevia trebuie să:
 - indice confirmarea ecografică a localizării placentare în cazul suspiciunii preexistente de placenta praevia
 - evite tuseul vaginal
 - internarea în spital a gravidei cu placenta praevia controlată

unei sângerări masive, brutale în trimestrul III de sarcină, care necesită de cele mai multe ori intervenție chirurgicală de urgență, în acest caz se trimite pacienta în institutii medicale specializate.

Conduita conservatoare în cazul gravidelor cu hemoragie ușoară sau moderată asociate placentei praevia

Măsuri nespecifice

- Medicul trebuie ca, în tratamentul pacientei cu placenta praevia cu sângerare ușoară sau moderată, internată în spital, să vizeze următoarele aspecte:
 - repausul la pat
 - corectarea anemiei prin:
 - administrarea unui preparat de fier parenteral și / sau oral
 - evitarea constipației printr-o dietă bogată în fibre vegetale
- La paciente cu particularități de crăză sangvină (de ex. Trombofilii, Sindromul anticorpilor antifosfolipidici) medicul trebuie să colaboreze cu medicul de specialitate hematolog.

Argumentare Pacientele cu particularități de crăză sangvină și placenta praevia reprezintă un grup particular cu risc înalt tromboembolic pentru aceasta medicul va trimite pacienta în institutii medicale specializate.

Corticoterapia

- Medicul trebuie să indice administrarea de corticosteroizi, la paciente cu vârsta gestațională sub 34 săptămâni de amenoree și cu sângerare vaginală.

Profilaxia izoimunizării Rh

Medicul trebuie să indice trimiterea pacientei în institutii medicale specializate pentru administrarea a 300 micrograme imunoglobulină anti-Rh a paciente cu sângerare vaginală antepartum, fără izoimunizare.

Opțiune Medicul poate să nu indice readministrarea de imunoglobulină anti-Rh dacă nașterea sau un nou episod hemoragic survin în următoarele 3 săptămâni.

Tocoliza

- Medicul trebuie să indice tocoliza în următoarele condiții:
 - între 24-37 săptămâni de amenoree în caz de membrane intacte.
 - orificiu uterin dilatat sub 3 cm
 - corioamniotită absentă

Sângerare vaginală absentă sau moderată

- valori tensionale normale
- dacă nu există indicații materne sau fetale de finalizare a sarcinii

Argumentare Etiologia sângerării în placenta praevia este datorată atât procesului dinamic de formare a segmentului inferior cât și dinamicii uterine. Se justifică astfel administrarea medicației tocolitice în contextul acestei patologii.

În cazul rupturii premature de membrane, medicul trebuie să indice tocoliza, pentru a permite administrarea de corticosteroizi:

- la paciente stabile hemodinamic
- sub 34 săptămâni de amenoree
- în absența corioamniotitei.

Cerclajul cervical

Medicul nu trebuie să efectueze cerclajul cervical pentru a reduce sângerarea în placenta praevia și a prelungi sarcina.

Argumentare În prezent, numărul redus de trialuri clinice și rezultatele discordante nu susțin includerea metodei în conduita standard.

Profilaxia bolii tromboembolice

Recomandare Se recomandă medicului să efectueze profilaxia bolii tromboembolice la pacientele internate multă vreme și cu repaus la pat. ”)

Argumentare În cazul pacientelor internate pe o perioadă lungă, imobilizarea prelungită la pat crește riscul de tromboembolism. Se recomandă:

- mobilizare ușoară
- și
- utilizarea cîntreții elastice a membrelor inferioare

Recomandare

La pacientele cu risc tromboembolic înalt medicul recomandă trimiterea în instituții medicale specializate pentru tratament anticoagulant profilactic individualizat .

În această situație este preferată heparina nefracționată în locul acțiunii heparinei cu greutate moleculară mică cu timp de acțiune prelungit.

Reaparitia sau continuarea hemoragiei

- Medicul trebuie să aprecieze riscurile și beneficiile materno-fetale ale conduitei ulterioare conservatoare față de finalizarea sarcinii.

Nasterea la pacienta cu placenta praevia

-
- Înainte de momentul nasterii medicul trebuie să consilieze pacienta cu placenta praevia și să trimită pacienta în institutii medicale specializate unde se vor lua în calcul următoarelor aspecte:

- alegerea căii de naștere
- implicațiile hemoragiei
- acceptul pentru o posibilă transfuzie
- acceptul pentru o intervenție chirurgicală majoră eventual necesară (de ex. histerectomie)

Argumentare Diagnosticul preoperator de placenta praevia și în special acreta, increta și percreta implică un risc crescut de hemoragie, necesitate de transfuzie și histerectomie.

Alegerea căii de naștere

- Călea de naștere trebuie decisă de medic pe baza examenului clinic și a examinării ecografice obstetricale.

Recomandare Se recomandă medicului ca în decizia asupra căii de naștere să ia în considerare:

- amplitudinea hemoragiei
- raportul între marginea placentei și orificiul cervical intern
- dilatația orificiului uterin
- starea fătului

Recomandare În absența indicației chirurgicale de urgență, se recomandă medicului să indice operația cezariană electivă la 38 de săptămâni de amenoree și trimiterea pacientei în institutii medicale specializate.

Argumentare Morbiditatea neonatală crește semnificativ după această vârstă de gestație.

Năsterea pe cale vaginală

Opțiune Năsterea pe cale vaginală poate fi luată în considerare de către medic atât timp cât statusul hemodinamic matern este stabil, în următoarele situații:

- placenta praevia laterală, când capul fetal depășește marginea inferioară a placentei
- placenta praevia marginală, când capul fetal poate comprima placenta, prevenind hemoragia

Măsurile medicale în postpartum

Recomandare Post-partum în caz de hemoragie masivă se recomandă

Recomandare Se recomanda medicului sa indice administrarea profilactica de antibiotice în caz de:

– extracție manuala de placenta

Argumentare Morbiditatea infectioasa materna creste semnificativ în aceste situatii.

Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia

Masuri urgente

Medicul trebuie sa indice asigurarea unui abord venos multiplu si trimiterea pacientei în institutii medicale specializate

- Medicul trebuie sa indice nasterea în institutii medicale specializate în urmatoarele situatii :
traseu cardiotocografic de alarma care nu raspunde la:
 - administrarea de oxigen la mama
 - decubit lateral stâng si
 - refacerea volemiei materne
 - hemoragie materna nestapânita prin mijloacele mentionate
 - hemoragie survenita dupa 34 de saptamâni de amenoree, când se considera prezenta maturarea pulmonara fetala
- Medicul trebuie sa indice ca nasterea sa se desfasoare prin operatie cezariana.
- **Recomandare** Se recomanda ca interventia chirurgicala sa fie efectuata cât mai rapid, de un medic experimentat.
- În fata unei suspiciuni de placenta acreta medicul trebuie sa anticipeze orice conduita chirurgicala.

III. URMARIRE SI MONITORIZARE

- Medicul trebuie sa monitorizeze statusul matern si fetal.
- În cazul maternitatilor fara linie de garda ATI, în conditiile diagnosticarii clinice sau ecografice de placenta praevia, medicul trebuie:
 - sa determine statusul hemodinamic matern (vezi Cap. Evaluare si Diagnostic)
 - sa asigure stabilitatea hemodinamica materna (vezi Cap. Conduita)
 - sa aprecieze statusul fetal (vezi Cap. Evaluare si Diagnostic)
 - sa asigure transferul de urgenta al pacientei în cea mai apropiata unitate

Monitorizarea ecografica a placentei praevia

Recomandare În fata diagnosticului de placenta praevia precizat dupa 24 SA, se recomanda ca medicul sa indice urmarirea acesteia prin examinari ecografice seriate dupa cum urmeaza:

- la pacientele cu placenta praevia laterala sau marginala, asimptomatica – examinarea trebuie repetata lunar
- la pacientele cu placenta praevia centrala si partial centrala, asimptomatica – examinarea ecografica trebuie repetata la intervale de 2 saptamâni
- pacientele cu placenta praevia si sângerare vaginala – vor fi monitorizate ecografic la intervale individualizate, în functie de importanta hemoragiei

Argumentare Examinarea ecografica seriata este utila pentru a clarifica diagnosticul si a putea stabili conduita în trimestrul al III-lea de sarcina si la nastere precum si pentru a modifica atitudinea terapeutica în functie de importanta hemoragiei.

Monitorizarea materna în hemoragiile usoare-moderate asociate placentei praevia

Medicul trebuie sa monitorizeze statusul hemodinamic matern prin determinarea:

- zilnica a TA, pulsului
- saptamânala a investigatiilor de laborator – (vezi Cap. Evaluare si Diagnostic)

Monitorizarea materna în hemoragiile severe asociate placentei praevia

Recomandare Se recomanda medicului sa indice monitorizarea TA si a frecventei cardiace materne.

Medicul trebuie sa indice monitorizarea debitului urinar.

Recomandare Se recomanda medicului sa indice evaluarea periodica a urmatorilor parametrii biologici:

- hemoglobina, hematocrit, coagulograma
- ionograma serica, creatinina, acid uric, clearance creatinina

Standard Medicul OG si medicul ATI trebuie sa indice ca la pacienta aflata în postpartum-ul imediat sa fie urmarite urmatoarele aspecte:

- statusul hemodinamic matern
- corectarea tulburarilor de coagulare
- retractia uterina
- sângerarea vaginala

- În cazul conduitei conservatoare la gravidele cu placenta praevia, medicul trebuie să indice monitorizarea cardiotocografică fetală, concomitent cu cea maternă în absența sângerării vaginale.

IV. ASPECTE ADMINISTRATIVE

- Medicul trebuie să considere placenta praevia ca o sarcină cu ROC și ca pe o urgență obstetricală.
- Medicul din ambulator sau din unitățile fără linie de gardă ATI, trebuie să indice supravegherea pacientelor cu diagnostic de placenta praevia, pe toată durata sarcinii și a travaliului într-o unitate de nivel superior.
- În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile unei suspiciuni clinice sau ecografice de placenta praevia cu sângerare, se recomandă ca medicul să indice transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate obstetricală de nivel superior.

Recomandare În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, atunci când transferul într-o unitate de nivel superior nu poate fi asigurat în condiții optime, medicul trebuie:

- să consemneze în foaia de observație a pacientei motivul menținerii pacientei în unitatea spitalicească respectivă,
- să decida conduita obstetricală optimă vizând un risc vital matern minim

Standard În foaia de observație a pacientei medicul curant OG trebuie să menționeze toate aspectele legate de vaccinare cu imunoglobulina anti-D.

Anexa Medicatia menționată în ghid

Numele medicamentului Methotrexatum

Indicația Placenta praevia accreta

Doza (regim) 200mg în 4 prize (50mg/zi) intramuscular (1, 2, 3, 4, 5)

Contraindicații Alăptare, imunodeficiență, boala pulmonară activă, ulcer gastric afectare

hepatică renală sau hematologică semnificativă, hipersensibilitate la methotrexatum

Interacțiuni Riscul toxicității methotrexatum-ului crește odată cu administrarea concomitentă de salicilați, phenytoinum, probenecidum și sulfonamide. Methotrexatum-ul scade nivelul seric și efectul terapeutic al digoxinumului

Monitorizare

- β -hCG saptamânal pâna la o concentratie de 10-15UI/l
- Hemoleucograma, grup sangvin si Rh, trombocite si enzime hepatice, functie renala – înainte debutului si în timpul tratamentului
- Examinarea ecografica saptamânala

Abrevieri

AGREE Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)

ATI Anestezie-terapie intensiva

BCF Bataile cordului fetal

-HCG -Human chorionic gonadotropin (gonadotropina corionica umana)

CTG cardiotocografie

-GT Gamma-glutamil transpeptidaza

hCG Human chorionic gonadotropin (gonadotropina corionica umana)
l litru

MAF Miscari active fetale

mg miligrame

OG Obstetrica - Ginecologie

OMS Organizatia Mondiala a Sanatatii

ONU Organizatia Natiunilor Unite

Rh Rhesus (factor)

ROC Risc obstetrical crescut

SA Saptamâni de amenoree

TA Tensiune arteriala

UI Unitati internationale

UNFPA United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populatie)

