

PROTOCOL

DEZLIPIREA PREMATURĂ DE PLACENTĂ NORMAL INSERATĂ

1. Evaluare și diagnostic

- Medicul trebuie să suspecteze diagnosticul de DPPNI în principal pe criteriile clinice.
- Examenul ecografic obstetrical și testele de laborator (vezi mai jos) pot fi utilizate în susținerea diagnosticului.
- Medicul trebuie să efectueze statusul matern prin examen clinic obligatoriu (+/- examen ecografic obstetrical, teste de laborator) și statusul fetal prin examen clinic-auscultarea BCF obligatoriu (+/- examen ecografic obstetrical, examen cardiotocografic).

1.1. Suspiciunea de DPPNI

- Medicul trebuie să ridice suspiciunea diagnosticului de DPPNI, în prezența unora din următoarele semne și simptome:
 1. sângerare vaginală
 2. durere abdominală
 3. dureri lombare în localizările posterioare ale placentei
 4. contracții uterine dureroase (hipertonie/hiperkinezie)
 5. tonus uterin crescut (tetanie uterină, uter de lemn)
 6. modificări ale stării generale materne (semne clinice ale șocului hemoragic)
 7. traseu cardiotocografic (CTG) de alarmă.

* În absența sângerării vaginale medicul nu trebuie să excludă DPPNI (trebuie luat în considerare hematumul retroplacental neexteriorizat pe cale vaginală).

1.2. Diagnosticul pozitiv al DPPNI

- În diagnosticul **formelor ușoare** de DPPNI medicul trebuie să țină cont de următorul tablou clinic:
 1. sângerare vaginală absentă sau redusă, uneori recurentă
 2. tonus uterin moderat crescut
 3. TA și puls matern cu valori normale
 4. coagulopatie absentă
 5. făt viu
 6. traseu cardiotocografic normal sau de alarmă.
- În diagnosticul **formelor moderate sau severe** de DPPNI medicul trebuie să țină cont de următorul tablou clinic:
 1. sângerare vaginală prezentă (uneori sângerare importantă) sau absentă;
 2. hipertonie uterină (uter de lemn);
 3. hipotensiune, tahicardie sau șoc hipovolemic;
 4. hipofibrinogenemie (50-250mg-dl) sau CID;
 5. status fetal: făt viu cu traseu CTG de alarmă sau deces in utero.

1.3. Evaluarea consecințelor DPPNI

- Indiferent de prezența sau absența sângerării vaginale, medicul trebuie să evalueze clinic și biologic pacienta în scopul aprecierii:
 1. statusul hemodinamic matern prin determinarea TA și a frecvenței cardiace materne;
 2. importanței hemoragiei;
 3. apariției complicațiilor materne (șoc hemoragic, CID, insuficiență renală, insuficiență hepatică).

1.4. Diagnosticul diferențial al DPPNI

- Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al DPPNI cu următoarele entități:
 1. placenta praevia;
 2. travaliul declanșat;
 3. ruptura uterină;
 4. vasa praevia;
 5. neoplasm cervico-vaginal;
 6. hidramnios acut;
 7. apendicita acută;
 8. chist ovarian torsionat.

2. Conduită

- Tratamentul trebuie să vizeze următoarele obiective: **tratamentul șocului hemoragic** (și/sau a altor complicații materne) și **nașterea**.

2.1. Conduită în cazul formelor ușoare de DPPNI

2.1.1. Conduita expectativă

- Medicul trebuie să stabilească diagnosticul formei clinice a DPPNI conform criteriilor clinice.
- Medicul trebuie să evalueze statusul matern și fetal prin investigații paraclinice.
- Medicul trebuie să spitalizeze gravida pentru o conduită expectativă după evaluarea statusului hemodinamic și al coagulogramei materne, ca și a statusului fetal.

2.2. Conduită în cazul formelor moderate și severe de DPPNI

2.2.1. Conduita medicală de urgență

- Medicul trebuie să indice imediat asigurarea unui acces venos dublu
- Medicul trebuie să anunțe **Medicul ATI și Medicul Șef de Secție**
- Medicul trebuie să indice asigurarea urgentă a unei bune oxigenări fetale in utero prin: poziționarea parturientei în decubit lateral stâng, oxigenoterapie și reechilibrare volemică maternă
- În cazul hipovolemiei severe, în prezența sau absența șocului hemoragic, medicul trebuie să indice administrarea de:
 1. oxigen;
 2. soluții cristaloide pentru corecția hipovolemiei și menținerea debitului urinar >30ml/oră;
 3. masa eritocitară în caz de hemoragie persistentă sau anemie severă (hematocrit <30%);
 4. masă trombocitară la o trombocitopenie <50 000/mm³;
 5. plasmă proaspătă congelată sau crioprecipitat la fibrinogenemie ≤100mg/dl sau la timp de protrombină sau la timp de

tromboplastină parțial activată prelungite peste 1,5x valoarea normală.

- Medicul nu trebuie să indice administrarea de Heparină în CID datorat DPPNI

Recomandare: Se recomandă ca medicul să practice ruptura artificială de membrane pentru scăderea presiunii intrauterine și a pasajului tromboplastinei tisulare în circulația maternă.

2.2.2. Conduita obstetricală – Nașterea

- În DPPNI moderată sau severă medicul trebuie să asigure finalizarea rapidă a sarcinii
- Medicul trebuie să indice calea de naștere și momentul nașterii în funcție de parametrii:
 1. viabilitatea fetală;
 2. vârsta gestațională;
 3. statusul matern (hipotensiune, CID, hemoragie);
 4. dilatarea orificiului uterin;
 5. paritate.
- În cazul unui făt viabil medicul trebuie să practice operația cezariană în următoarele situații:
 1. traseu cardiotocografic de alarmă;
 2. hemoragie maternă importantă (cu alterarea statusului hemodinamic matern);
 3. CID;
 4. alte indicații obstetricale.

Opțiune: Medicul poate opta pentru operația cezariană în cazul feților prematuri.

- În cazul morții fetale in utero, medicul va practica operația cezariană în prezența următoarelor indicații materne:
 1. hemoragie severă necontrolabilă prin tratament adecvat (transfuzie);
 2. CID moderată sau severă;
 3. uter cicatricial cu iminență de ruptură uterină;
 4. refuzul matern de a accepta administrarea preparatelor de sânge;
 5. risc crescut hemoragic prin travaliu prelungit și expulzie a fătului pe cale vaginală, comparativ cu operația cezariană.
- Concomitent cu practicarea operației cezariene medicul trebuie să indice corectarea tulburărilor de coagulare
- În cazul operației cezariene, medicul trebuie să o practice sub anestezie generală.
- În prezența apoplexiei utero.placentare, medicul trebuie să individualizeze decizia de histerectomie totală
- La pacientele Rh negative fără izoimunizare în sistem Rh, medicul trebuie să indice administrarea de imunoglobulina anti-D.

2.3. Conduita în cazul unei sarcini cu antecedente de DPPNI

Recomandări

La pacientele cu DPPNI în antecedente se recomandă medicului a avea în vedere:

- Riscul de recurență în sarcina actuală

- Identificarea altor factori de risc pentru DPPNI:
 1. hipertensiune arterială
 2. traumatism matern
 3. fumat, multiparitate
 4. fibrom uterin retroplacentar
 5. trombofilie ereditară sau dobândită
 6. consum de droguri.

3. Urmărire și monitorizare

- Medicul obstetrică-ginecologie și medicul ATI trebuie să indice ca la pacienta aflată în postpartum-ul imediat să fie urmărite următoarele aspecte:
 1. globul de siguranță uterin
 2. sângerarea vaginală
 3. statusul hemodinamic matern
 4. coagulograma în dinamică
 5. parametri biologici utili în aprecierea disfuncției de organ,

4. Aspecte administrative

- Medicul trebuie să considere DPPNI o urgență obstetricală
- **Medicul trebuie să anunțe șeful de secție sau al găzii, alți medici OG disponibili, medicul neonatolog, medicul ATI, și echipa formată va decide planul terapeutic.**