

PROTocol

PLACENTA PRAEVIA

1. EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

1.1 Suspiciunea clinică de placenta praevia

Medicul trebuie să suspecteze clinic placenta praevia în următoarele cazuri:

- pacientă cu sângerare pe cale vaginală după 24 săptămâni de amenoree, neprovocată asociată cu:
 - absența contracțiilor uterine dureroase;
 - tonus uterin normal;
 - prezentație distocică ;
 - AF și BCF prezente, normale ;
- condiții asociate:
 - ruptura prematură de membrane;
 - întârziere de creștere intrauterină;
 - factori de risc materni (de ex. antecedente de placenta praevia).

1.2 Diagnosticul pozitiv al placentei praevia

În cazul suspiciunii clinice de placenta praevia, medicul trebuie să stabilească diagnosticul pozitiv pe baza examenului ecografic obstetrical.

1.2.1 Metode paraclinice de localizare placentară

1.2.1.1 Ecografia obstetricală transabdominală

Medicul care practică examinarea ecografică obstetricală transabdominală a placentei trebuie să o cuprindă pe aceasta în secțiuni sagitale, parasagitale și transverse, pentru a putea aprecia raportul între marginea inferioară a placentei și orificiul cervical intern. Se va examina și localizarea inserției placentare a cordonului ombilical, pentru ca în absența inserției centrale, distribuția vaselor la periferia placentei este înalt sugestivă pentru inserția velamentoasă a cordonului ombilical.

Medicul poate opta pentru utilizarea ecografiei color Doppler. Ecografia Doppler color poate ajuta în precizarea inserției velamentoase de cordon ombilical.

1.2.1.2 Ecografia obstetricală transvaginală

Se recomandă medicului să indice examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia. Examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia, constituie o metodă sigură și mai fiabilă decât cea transabdominală, în localizarea ariei placentare. Transductorul vaginal poate oferi o imagine clară fără a veni în contact cu colul uterin.

Se recomandă medicului indicarea examinării ecografice obstetricale preoperatorii, pentru aprecierea limitei inferioare a placentei, în relație cu nivelul inciziei ulterioare a uterului.

1.2.2 Examenul clinic obstetrical

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

În cazul suspiciunii de placenta praevia, se recomandă ca medicul să realizeze examenul vaginal numai după :

- determinarea grupului sangvin și a Rh-ului al gravidei;
- pregătirea mijloacelor:
- de reanimare ;
- de transfuzie ;
- de intervenție chirurgicală ;
- sălii de operație ;
- personalului necesar operației cezariene de urgență.

Examinarea trebuie efectuată cu pacienta având abord venos prezent, cu sânge izogrup-izoRh pregătit, în sala de operații, cu echipa operatorie pregătită pentru o operație cezariană de urgență.

Medicul trebuie să efectueze cu blândețe examenul cu valve/specul. Examenul cu valve/specul permite diagnosticul diferențial al placentei praevia cu entitățile descrise la cap. 1.4. Prezența acestora totuși, nu înlătură diagnosticul de placenta praevia. Examenul cu valve/specul poate permite vizualizarea țesutului placentar dacă cervixul uterin este parțial dilatat.

Medicul trebuie să nu efectueze:

- tușeul vaginal ;
- explorarea digitală intracervicală.

1.3 Diagnosticul de placenta acreta

Se recomandă medicului să indice examinarea ecografică Doppler color la toate pacientele cu placenta praevia pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de placenta acreta.

Pacientele cu placenta praevia au un risc crescut de placenta acreta mai ales în următoarele situații:

- uter cicatricial (cu interval scăzut între operația cezariană și momentul concepției) ;
- placenta praevia cu localizare anterioară

Diagnosticul de placenta acreta trebuie confirmat intraoperator.

1.4 Diagnosticul diferențial al placentei praevia

Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al placentei praevia cu următoarele entități:

- decolare prematură de placentă normal inserată;
- ruptura uterină;
- cervicite;
- polipi cervicali;
- neoplasm cervical;
- leziunile traumatice ale colului uterin;
- ruptura prematură de membrane;
- travaliu prematur;
- vasa praevia;
- leziunile traumatice ale peretelui vaginal;

- avort spontan;
- sângerare pe cale vaginală, de etiologie nonobstetricală

1.5 Evaluarea statusului maternofetal

Medicul trebuie să evalueze statusul matern și fetal astfel:

- Evaluarea statusului matern se efectuează prin:
 - examen clinic;
 - examen ecografic obstetrical ;
 - teste de laborator.
- Evaluarea statusului fetal se efectuează prin:
 - examen clinic-auscultarea BCF;
 - examen ecografic obstetrical ;
 - examen cardiotocografic (vezi cap. Urmărire și Monitorizare).

Medicul trebuie să indice evaluarea următorilor parametri biologici:

- Grup sangvin, factor Rh (Rhesus);
- hemoleucogramă cu nr. Trombocite;
- coagulograma.

2. CONDUITĂ

2.1. Asistența prenatală

2.1.1. 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;
 - exercițiul fizic;
- să se adreseze imediat medicului în cazul apariției:
 - sângerării pe cale vaginală ;
 - contracțiilor uterine.

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

Se recomandă medicului să acorde asistență 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
 - contracții uterine dureroase
 - pacienta este informată asupra riscurilor pe care le presupune absența spitalizării.

În trimestrul III de sarcină medicul care asigură asistența prenatală a unei gravide cu placenta praevia trebuie să:

- indice confirmarea ecografică a localizării placentare în cazul suspiciunii preexistente de placenta praevia ;
- evite tușeul vaginal ;
- internarea în spital a gravidei cu placenta praevia centrală sau parțial centrală și cu antecedente de hemoragie antenatală.

La pacientele cu placenta praevia este cunoscut riscul major al unei sângerări masive, brutale în trimestrul III de sarcină, care necesită de cele mai multe ori intervenție chirurgicală de urgență.

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

2.1.3.1. Măsuri nespecifice

Medicul trebuie ca, în tratamentul pacientei cu placenta praevia cu sângerare ușoară sau moderată, internate în spital, să vizeze următoarele aspecte :

- repausul la pat;
- evitarea constipației printr-o dieta bogată în fibre vegetale ;
- asigurarea de sânge izogrup, izoRh disponibil ;
- corectarea anemiei prin:
 - administrarea unui preparat de fier parenteral și/sau oral
 - administrarea transfuziei în cazul în care hematocritul rămâne $\leq 30\%$.

La paciente cu particularități de crază sangvină (de ex.Trombofiliiile, Sindromul anticorpilor antifosfolipidici) medicul trebuie să colaboreze cu medicul de specialitate hematolog.

Pacientele cu particularități de crază sangvină și placenta praevia reprezintă un grup particular cu risc înalt tromboembolic.

2.1.3.2. Corticoterapia

Medicul trebuie să indice administrarea de corticosteroizi, la paciente cu vârstă gestațională sub 34 săptămâni de amenoree și cu sângerare vaginală. (vezi Ghidul 20 "Ruptura prematură și precoce de membrane").

2.1.3.3. Profilaxia izoimunizării Rh

Medicul trebuie să indice administrarea a 300 micrograme imunoglobulina anti-Rh la paciente cu sângerare vaginală antepartum, fără izoimunizare. (vezi Ghidul 03 "Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh"). Medicul poate să nu indice readministrarea de imunoglobulina anti-Rh dacă nașterea sau un nou episod hemoragic survin în următoarele 3 săptămâni.

2.1.3.4 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;
- contracții uterine dureroase;
- sângerare vaginală absentă sau moderată;
- valori tensionale normale;
- dacă nu există indicații materne sau fetale de finalizare a sarcinii.

Etiologia sângerării în placentă 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. (vezi Ghidul 20 "Ruptura prematură și precoce de membrane").

2.1.3.5. Cerclajul cervical

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

2.1.3.6. Profilaxia bolii tromboembolice

Se recomandă medicului să efectueze profilaxia bolii tromboembolice la pacientele internate multă vreme și cu repaos la pat. (vezi Ghidul 04 "Boala tromboembolică în sarcină și lăuzie").

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

- mobilizare ușoară și
- utilizarea contenției elastice a membrelor inferioare.

La pacientele cu risc tromboembolic înalt se recomandă medicului să indice anticoagulare profilactică individualizată (vezi Ghidul 04 "Boala tromboembolică în sarcină și lăuzie"). În această situație este preferată heparina nefracționată în locul acțiunii heparinei cu greutate moleculară mică cu timp de acțiune prelungit.

2.1.3.7 Reapariția sau continuarea hemoragiei

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

2.2. Nașterea la pacienta cu placentă praevia

2.2.1. Consiliere preoperatorie

Înainte de momentul nașterii medicul trebuie să consilieze pacienta cu placentă praevia asupra următoarelor aspecte:

alegerea căii de naștere;

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

2.2.2. Alegerea căii de naștere

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

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

- amploarea hemoragiei;
- raportul între marginea placentei și orificiul cervical intern;
- dilatația orificiului uterin.

2.2.2.1. Operația cezariană

Operația cezariană trebuie aleasă de medic ca și cale de naștere în următoarele situații:

- indicațiile de la cap. 2.3.2.
- raport intim între marginea inferioară a placentei și orificiul cervical intern.

Raportul intim se definește atunci când marginea inferioară a placentei se află la mai puțin de 2 cm de orificiul cervical intern, mai ales în localizările posterioare.

În absența indicației chirurgicale de urgență, se recomandă medicului să indice operația cezariană electivă la 38 de săptămâni de amenoree. Morbiditatea neonatală crește semnificativ după această vârstă de gestație. Medicul trebuie să evite dilacerarea țesutului placentar. Această manevră poate agrava sângerarea la nivelul patului placentar. În cazul imposibilității asigurării hemostazei, medicul trebuie să efectueze manevre chirurgicale adiționale particularizate pacientei (de la cele conservatoare până la histerectomia totală de hemostază).

În cazuri individualizate și la solicitarea informată a pacientei cu placenta praevia acreta, medicul poate opta și pentru o conduită conservativă. În vederea păstrării fertilității pacientei, medicul poate decide în cazul placentei praevia acreta :

- lăsarea pe loc a placentei în timpul operației cezariene, asociat cu embolizarea selectivă a arterelor uterine sau ligatura arterelor iliace interne;
- monitorizarea seriată săptămânală în postpartum a β -HCG seric;
- administrarea postpartum de methotrexatum.

Medicul trebuie să informeze preoperator pacienta asupra riscurilor conduitei conservative. În cazul conduitei conservative, există riscul unei hemoragii tardive care poate necesita practicarea histerectomiei de necesitate.

2.2.2.2 Nașterea pe cale vaginală

Nașterea 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.

2.2.3 Alegerea tehnicii anestezice

Medicul ATI în colaborare cu medicul OG trebuie să aleagă tehnica optimă de anestezie particularizată cazului și acest lucru trebuie comunicat pacientei, pentru obținerea consimțământului ei.

În cazul pacientelor instabile hemodinamic, operația cezariană trebuie efectuată de medic sub anestezie generală.

Anestezia generală permite un abord chirurgical rapid concomitent cu corectarea parametrilor hematologici.

Se recomandă medicului practicarea operației cezariene sub anestezie regională în cazul pacientelor stabile hemodinamic, în absența urgenței obstetricale.

Necesitatea administrării de sânge post-partum s-a dovedit a fi mai crescută la pacientele la care s-a practicat operația cezariană sub anestezie generală.

2.2.4 Măsurile medicale în postpartum

Post-partum, în caz de hemoragie masivă se recomandă medicului să indice administrarea agenților uterotonici.

Se recomandă medicului să indice administrarea profilactică de antibiotice în caz de:

- operație cezariană ;

- extracție manuală de placentă.
- Morbiditatea infecțioasă maternă crește semnificativ în aceste situații.

2.3. Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia

2.3.1. Măsurile urgente

Medicul trebuie să indice asigurarea unui abord venos multiplu.
Medicul trebuie să solicite sânge izogrup/izoRh.

2.3.2. Finalizarea sarcinii gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia

Medicul trebuie să indice nașterea în următoarele situații:

- traseu cardiotocografic de alarmă care nu răspunde la:
 - administrarea de oxigen la mamă;
 - decubit lateral stâng și refacerea volemiei materne;
 - hemoragie maternă nestăpânită prin mijloacele menționate;
 - hemoragie survenită după 34 de săptămâni de amenoree, când se consideră prezentă maturarea pulmonară fetală.

Medicul trebuie să indice ca nașterea să se desfășoare prin operație cezariană.

Se recomandă ca intervenția chirurgicală să fie efectuată cât mai rapid, de un medic experimentat.

În fața unei suspiciuni de placenta acreta medicul trebuie să anticipeze orice conduită chirurgicală.

3. URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Medicul trebuie să monitorizeze statusul matern și fetal. (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic).

3.1. Monitorizarea ecografică a placentei praevia

În fața diagnosticului de placenta praevia precizat după 24 SA, se recomandă ca medicul să indice urmărirea acesteia prin examinări ecografice seriate după cum urmează:

- la pacientele cu placenta praevia laterală sau marginală, asimptomatică - examinarea trebuie repetată lunar;
- la pacientele cu placenta praevia centrală și parțial centrală, asimptomatică;
- examinarea ecografică trebuie repetată la intervale de 2 săptămâni;
- pacientele cu placenta praevia și sângerare vaginală - vor fi monitorizate ecografic la intervale individualizate, în funcție de importanța hemoragiei.

Examinarea ecografică seriată este utilă pentru a clarifica diagnosticul și a putea stabili conduita în trimestrul al III-lea de sarcină și la naștere precum și pentru a modifica atitudinea terapeutică în funcție de importanța hemoragiei.

3.2. Monitorizarea maternă în hemoragiile ușoare-moderate asociate placentei praevia

Medicul trebuie să monitorizeze statusul hemodinamic matern prin determinarea:

- zilnică a TA, pulsului;
- săptămânală a investigațiilor de laborator (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic)

3.3. Monitorizarea maternă în hemoragiile severe asociate placentei praevia

Se recomandă medicului să indice monitorizarea TA și a frecvenței cardiace materne.

Medicul trebuie să indice monitorizarea debitului urinar.

Se recomandă medicului să indice evaluarea periodică a următorilor parametri biologici:

- hemoglobina, hematocrit, coagulogramă;
- ionogramă serică, creatinină, acid uric, clearance creatinină

Medicul OG și medicul ATI trebuie să indice ca la pacienta aflată în postpartumul imediat să fie urmărite următoarele aspecte:

- statusul hemodinamic matern;
- corectarea tulburărilor de coagulare;
- rețracția uterină;
- sângerarea vaginală.

3.4. Monitorizarea feta

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

4. 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.

Medicul trebuie să indice ca gravida cu placenta previa și hemoragie severă să fie preluată direct în sala de operații.

Medicul trebuie să anunțe seful secției (sau al gării), alți medici OG disponibili, medicul ATI și neonatolog despre caz, iar echipa formată va decide planul terapeutic, metodele de reanimare, momentul și calea de naștere.

Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la monitorizarea și tratamentul tulburărilor de coagulare, prognosticul fetal, decizia alegerii căii de naștere.

În foaia de observație a pacientei medicul curant OG trebuie să menționeze toate aspectele legate de vaccinarea cu imunoglobulina anti-D (conform ghidului 03/2007 "Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh").