

# PROTocol

## RUPTURA UTERINĂ

### EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

#### Diagnosticul de suspiciune al rupturii uterine

**Standard:** Medicul trebuie să suspecteze posibilitatea unei rupturi uterine atunci când sunt prezenți următorii factori de risc:

- Uter cicatriceal prin:
  - cezariană;
  - histerotomie;
  - miomectomie;
  - metroplastie.
- Traumatisme:
  - accident rutier;
  - avort;
  - travaliu hipertonic;
  - plăgi penetrante;
  - extracție manuală de placentă;
  - manipulări uterine;
  - nașteri instrumentale prin aplicare de forceps sau vidextractor;
- Utilizare incorectă a ocitocicelor, sau a prostaglandinelor;
- Multiparitate;
- Nașteri distocice: perioada de dilatare mai lungă de 12 ore și perioada de expulzie mai lungă de 3 ore;
- Factori fetal:
  - macrosomie;
  - malpoziții;
  - malformații care induc un exces de volum fetal localizat.
- Malformații uterine;
- Patologie neoplazică;
- Adenomioza;
- Consum de cocaină
- Hiperdistensia uterului
  - Hidramnios;
  - sarcina multiplă

#### Diagnosticul pozitiv al rupturii uterine

##### Standard

Medicul trebuie să precizeze diagnosticul de ruptură uterină atunci când sunt prezente următoarele semne clinice:

#### Clinica sindromului de preruptura uterină

##### Standard

Medicul trebuie să diagnosticheze sindromul de prurupură uterină la o parturientă cu uter integru, atunci când constată:

Triada Bandl-Frommel:

- hipertonie uterină  
și
- ascensionarea inelul de rețracție Bandl, situat la limita dintre segmentul inferior și segmentul superior uterin  
și
- tensiunea ligamentelor rotunde, care se percep la palpare ca două cordoane întinse, dureroase la care se pot asocia:
  - durere suprasimfizară, sensibilitate intensă a segmentului inferior;
  - sângerare uterină redusă, provenită din extravazări și leziuni ale deciduei;
  - modificări plastice ale prezentației (bose voluminoase);
  - distensia vezicii urinare (+/-glob vezical);
  - hematurie;
  - suferință fetală

### **Clinica rupturii uterine constituite pe uter necicatricial**

#### **Standard**

Medicul trebuie să suspecteze ruptura uterină constituită la o parturientă, atunci când constată:

- sângerare pe cale vaginală;
- stare de șoc matern;
- oprirea travaliului;
- ascensionarea prezentației: fătul poate fi parțial sau total expulzat intraperitoneal;
- abdomen meteorizat, dureros la palpare
- ruptură cervicală propagată la segmentul inferior după expulzia fătului;
- suferință sau deces fetal

### **Diagnosticul rupturii uterului cicatriceal**

#### **Standard**

Medicul trebuie să suspecteze o ruptură a unui uter cicatriceal atunci când constată unul dintre următoarele elemente:

- anomalii ale cardiotocografiei;
- durere neobișnuită suprasimfizară însoțită de anxietate maternă și oprirea contracțiilor uterine;
- sângerare pe cale vaginală;
- palparea extrauterină a prezentației sau a fătului.

#### **Standard**

Medicul trebuie să indice efectuarea unui control uterin manual după delivrență la pacientele cu uter cicatriceal care au născut pe cale vaginală.

Argumentare Pentru a exclude diagnosticul de ruptura uterină.

### **Diagnosticul diferențial al rupturii uterine**

### **Standard**

Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al rupturii uterine cu următoarele entități clinice:

- dezlipirea prematură de placentă normal inserată;
- placenta praevia.

### **Evaluarea paraclinică în caz de ruptură uterină**

#### **Standard**

Medicul trebuie să indice evaluarea de urgență a următorilor parametrii paraclinici materni în cazul unei rupturi uterine (dacă nu a fost deja efectuată):

- grupul de sânge și Rh-ul;
- hemoleucograma completă;
- coagulograma.

### **Evaluarea fetală în caz de ruptură uterină**

#### **Standard**

Medicul trebuie să indice evaluarea urgentă a stării fetale prin:

- auscultația cordului fetal

sau

- cardiotocografie

sau

- ecografie obstetricală

Argumentare Starea fătului se alterează rapid, până la deces fetal.

## **CONDUIȚĂ**

### **Profilaxia rupturii uterine**

#### **Standard**

Medicul trebuie să facă profilaxia RU prin:

- recunoașterea la timp a unei probe de travaliu negative;
- cunoașterea factorilor de risc pentru RU;
- evaluarea posibilității nașterii pe cale vaginală în caz de uter cicatricial după operație cezariană
- evitarea hiperstimularii uterine (oxitocina, prostaglandine)
- contraindicarea manevrelor obstetricale pe uter cicatricial

Argumentare Respectarea acestor indicații scade riscul unei RU pe uter integru și pe uter cicatriceal.

### **Sindromul de preruptură uterină**

#### **Standard**

Medicul trebuie să indice urgent, în cazul sindromului de preruptură uterină:

- corectarea dinamicii uterine:
  - oprirea perfuziei ocitocicesau/și
  - administrarea de tocolitice
- decubit lateral stâng;
- administrare de oxigen;
- mobilizarea personalului ATI, NN și al sălii de operație.

### **Standard**

În caz de distocie mecanică medicul trebuie să indice finalizarea nașterii prin operație cezariană.

### **Standard**

Dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene de urgență, medicul trebuie să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III.

### **Standard**

Medicul trebuie să indice transferul pacientei cu:

- salvare dotată anti-șoc;
- însoțită de personal medical calificat;
- administrare de oxigen pe mască;
- cu 2 linii venoase abordate;
- administrarea de soluții cristalinoide pentru a menține echilibrul hemodinamic al pacientei până la destinație;
- tocoliza contractilității uterine excesive;
- anunțarea telefonică prealabilă a unității către care se face transferul, pentru a pregăti și organiza activitățile obstetricale și chirurgicale necesare

## **Nașterea vaginală după operație cezariană**

Opțiune Medicul poate să indice utilizarea analgeziei peridurale în NVOC.

Argumentare Analgezia peridurală optimizează evoluția travaliului și nu maschează simptomele unei rupturi uterine

### **Standard**

Medicul trebuie să nu indice utilizarea prostaglandinelor pentru maturarea cervicală sau pentru inducerea travaliului la pacientele cu uter cicatricial.

Argumentare Utilizarea prostaglandinelor este asociată cu o frecvență mai mare a rupturii uterine și a eșecului. O probă de naștere negativă la o parturientă cu uter cicatricial crește semnificativ riscul de ruptură uterină.

## **Ruptura uterină pe uter cicatricial**

### **Standard**

Medicul trebuie să indice urgent, în cazul sindromului de ruptură a uterului cicatricial:

- abordul a două linii venoase;
- reechilibrare volemică;
- administrare de oxigen;
- mobilizarea personalului ATI, NN și al sălii de operație
- efectuarea operației cezariene de urgență

Argumentare Cu cât intervalul de la producerea rupturii uterine până la diagnostic și tratamentul definitiv chirurgical e mai scurt, cu atât rezultatele sunt mai bune. Intervalul optim de intervenție după diagnosticul RU este de 10-37 de minute, după această perioadă complicațiile fetale sunt mult mai frecvente.

Recomandare Se recomandă medicului să practice abordul chirurgical printr-o incizie abdominală mediană pubo-subombilicală.

Argumentare Incizia pe linie mediana asigura un abord rapid, pentru realizarea rapidă a hemostazei și permite o explorare adominală mai bună.

**Recomandare** Se recomandă medicului să exploreze complet uterul și organele intraperitoneale învecinate, precum și ligamentele largi și spațiul retroperitoneal.

**Argumentare** Bilanțul lezional complet este necesar pentru a nu omite propagarea unor soluții de continuitate sau a unor hematoame la organele învecinate.

**Recomandare** Se recomandă medicului să indice administrarea de antibiotice intra și postoperator. (vezi Ghidul "Profilaxia cu antibiotice în obstetrică și ginecologie", subcapitolul 6.5.1)

**Opțiuni** Cu ocazia intervenției medicul poate opta pentru practicarea în continuarea operației cezariene a următoarelor proceduri chirurgicale:

- refacerea defectului structural;
- histerectomie de necesitate;
- drenajul eventualelor hematoame subperitoneale;
- repararea leziunilor viscerelor din jur.

**Argumentare** Refacerea defectului structural reprezintă o opțiune a medicului dacă ruptura uterină este liniară și limitată la cicatricea uterină:

- ruptura este liniară, transversă și limitată la nivelul segmentului inferior;
- hemoragia este ușor controlabilă;
- starea generală maternă este bună;
- există dorința unor sarcini ulterioare;
- nu există semne clinice sau de laborator a unei coagulopatii.

Histerectomia de necesitate se justifică atunci când:

- ruptura este anfractuoasă și interesează arterele uterine
- există:
  - atonie uterină;
  - hemoragie masivă (alterarea statusului hemodinamic matern);
  - aderență anormală a placentei.

Hematoamele subperitoneale trebuie drenate pentru a nu se propaga sau suprainfecta.

Repararea leziunilor viscerelor din jur trebuie efectuată dacă leziunea s-a propagat la acestea.

**Standard** Medicul trebuie să indice efectuarea unei probe de naștere vaginală după o operație cezariană numai după consilierea pacientei, prezentarea beneficiilor și riscurilor potențiale și obținerea acordului scris al acesteia.

**Argumentare** Medicul trebuie să prezinte pacientei următoarele beneficii potențiale ale NVOC reușite:

- durată mai scurtă de spitalizare;
- pierderea unei cantități mai mici de sânge la naștere;
- recuperare mai rapidă după naștere vaginală;
- frecvență mai mică a complicațiilor infecțioase și tromboembolice

Medicul trebuie să prezinte pacientei următoarele riscuri potențiale ale NVOC eșuate:

- complicații materne majore: ruptură uterină, histerectomie, leziuni intraoperatorii, frecvență mai mare a complicațiilor infecțioase și a hemoragiilor;
- morbiditate neonatală crescută demonstrată prin scor Apgar <7 la 5 minute și pH-ul din sângele ombilical; deși incidența mortalității perinatale este mică (<1%), apare mai frecvent după o NVOC eșuată decât după o cezariană electivă;

- deces matern (0-1% în țările dezvoltate, dar mai mare în țările în curs de dezvoltare).

Nu există recomandări bazate pe evidențe asupra modalității optime de prezentare a riscurilor și beneficiilor NVOC către paciente.

### **Standard**

Medicul trebuie să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene și a procedurilor chirurgicale de urgență.

## **Ruptura uterină pe uter integru**

### **Standard**

Medicul trebuie să indice efectuarea de urgență a protocolului.

Argumentare Medicul trebuie să considere frecvența crescută a histerectomiilor de hemostază în aceste condiții. Prognosticul matern și fetal în ruptura uterină completă este în relație cu integritatea preexistentă a peretelui uterin.

- Uter integru:
  - mortalitate maternă 13.5%;
  - mortalitate fetală 76%;
- Uter cicatricial:
  - mortalitate maternă 0%;
  - mortalitate fetală 32%

Recomandare Se recomandă ca medicul să indice transferul paciente la o maternitate de nivelul II sau III, dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene și a procedurilor chirurgicale de urgență.

## **URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE**

**Standard** Medicul trebuie să indice monitorizarea următorilor parametri clinici materni în cazul unei rupturi uterine:

- starea generală a pacientei;
- parametrii hemodinamici: TA și pulsul;
- sângerarea exteriorizată pe cale vaginală;
- diureza

**Standard** Medicul trebuie să indice monitorizarea în dinamică a următorilor parametri paraclinici materni în cazul unei rupturi uterine:

- hemoleucograma;
- coagulograma.

Argumentare Permite urmărirea răsnetului hemoragiei asupra pacientei.

Recomandare Se recomandă ca medicul să evalueze starea fetală în situația unei rupturi uterine.

Opțiune Medicul OG și/sau neonatolog pot să indice efectuarea determinării parametrilor Astrup și pH-ului din sângele cordonului ombilical la nou născut.

**Standard** Medicul trebuie să indice monitorizarea atentă în lăuzie a pacientei.

Argumentare Lăuza prezintă un risc crescut de:

- anemie;
- infecții puerperale;
- tromboflebite.

## **Aspecte legate de conservarea potențialului reproductiv al pacientei**

**Recomandare** Se recomandă medicului să indice pacientelor cu sindrom de prerpurtură uterină, care au născut prin operație cezariană, un interval de contracepție de cel puțin 18-24 de luni până la o viitoare sarcină dorită.

**Argumentare** Acest interval este necesar consolidării cicatricii uterine. Sub această durată, riscul apariției unei noi rupturi uterine este crescut de 3 ori.

**Recomandare** Se recomandă medicului să indice, cu acordul prealabil al pacientei, contracepția definitivă prin ligatură tubară bilaterală în caz de ruptură uterină pe uter cicatriceal.

## ASPECTE ADMINISTRATIVE

**Recomandare** Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul rupturii uterine să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.

### **Standard**

Medicii obstetricieni sau chirurghi din unitățile medicale fără serviciu de ATI permanent și reanimare neonatală, când identifică la o gravidă factorii de risc ai rupturii uterine (menționați la cap. Evaluare și diagnostic), trebuie să o trimită însoțită de cadru medical de specialitate OG, cu ambulanța, la o maternitate de gradul II sau III.

**Argumentare** Apariția unei rupturi uterine într-o unitate nedotată corespunzător agravează prognosticul matern și fetal

**Recomandare** Dacă opțiunea pacientei cu uter cicatriceal, aflată la termen, este de a naște prin operație cezariană electivă, se recomandă ca medicul să o efectueze înainte de declanșarea travaliului.

**Argumentare** Studiile existente nu indică nici un beneficiu matern sau fetal al efectuării operației cezariene după debutul travaliului.

Efectuarea operației cezariene planificate la 39 SA permite organizarea mai eficientă a resurselor și permite pacientei să evite stresul nejustificat al unei operații cu moment nedeterminat.

### **Standard**

Medicul trebuie să indice asistarea nașterii pe cale vaginală a unei parturiente cu factori de risc pentru ruptura uterină (inclusiv NVOC) numai în unități obstetricale care pot efectua de urgență o operație, dotate cu serviciu permanent de ATI și reanimare neonatală.

**Argumentare** Apariția unei rupturi uterine necesită intervenție chirurgicală de urgență și deseori și reanimare neonatală.

### **Standard**

În cazul apariției unui sindrom de prerpurtură uterină sau a unei rupturi uterine într-o unitate obstetricală fără posibilități de intervenție chirurgicală imediată, medicul trebuie să indice

- transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene de urgență;
- transportul de urgență a pacientei în cea mai apropiată unitate de gradul II sau III, în salvare anti-șoc, însoțită cu personal medical calificat;
- montarea a două linii venoase și administrarea de soluții crisataloide pentru a menține echilibrul hemo-dinamic al pacientei până la destinație;
- administrarea de oxigen pe mască pacientei;
- anunțarea prealabilă telefonică a unității primitoare, pentru a pregăti și organiza activitățile obstetricale și chirurgicale necesare.

**Recomandare** Se recomandă medicului să discute fiecare caz de ruptură uterină cu întreaga echipă din sala de naștere.

Argumentare      Analiza fiecărui caz poate îmbunătăți activitatea ulterioară a secției.