

DIAGNOSTICUL SARCINII

Diagnosticul de sarcină necesită o abordare multiplă, există situații când pentru afirmarea diagnosticului pozitiv, sunt necesare investigații suplimentare, astfel că avem la dispoziție trei elemente majore: anamneza și examenul clinic, teste de laborator și ecografia. Diagnosticul sarcinii este diferit în funcție de trimestru.

Trimestrul I: trebuie stabilit dacă femeia este gravidă, localizarea sarcinii (intrauterină sau ectopică), vârsta de gestație, precum și viabilitatea acesteia

Anamneză:

- amenoreea (25% din femei prezintă sângerare în trim. I) este sugestivă dacă e de cel puțin 7 zile la o femeie cu menstruații regulate anterior.

Vârsta de gestație se exprimă în săptămâni de amenoree (sarcina durează în medie 40 săpt. sau 280 de zile), acestea sunt diferite de săptămânile de gestație (cu 2 săpt.) deoarece ovulația are loc în jurul zilei 14 a ciclului.

Data probabilă a nașterii (DPN):

DPN = prima zi a ultimei menstruații + 10 zile + 9 luni calendaristice (sau – 3 luni)

DPN = primele MAF – 18 săpt. la multipare, - 20 săpt. la nulipare

Vârsta gestațională (luni) = înălțimea fundului uterin (cm) / 4 + 1

- *Simptome digestive:* modificări ale apetitului, gustului, sialoree, grețuri, vărsături matinale
- *Simptome urinare:* polakiuria, nocturie
- *Simptome mamare:* senzație de tensiune la nivelul sânilor
- *Simptome neuro-vegetative:* fatigabilitate, insomnie

Examenul clinic:

Modificări ale sânilor:

- rețeaua venoasă mai evidentă Haller
- hiperpigmentarea areolei mamare și apariția areolei secundare
- turgescența și hiperpigmentarea mamelonului
- apariția tuberculilor Montgomery
- secreție de colostru la exprimarea mamelonului

Modificări tegumentare:

- Hiperpigmentarea localizată la față, sâni, linia alba abdominală și vulvă

Modificări ale organelor genitale:

Vulva este edematiată, hiperemică

Vaginul prezintă o colorație violacee, leucoree abundentă

Colul devine violaceu (semnul Chadwick), se înmoaie consistența sa la negravidă este comparată cu vârful nasului iar în sarcină devine asemănătoare buzei

Uterul devine împăstătat, globulos, mărit de volum, umple fundurile de sac vaginale laterale, uneori asimetric când sarcina se dezvoltă predominant într-un corn uterin (semnul Piskacek)

- 6 săpt. - cât o mandarină
- 10 săpt. - cât o portocală
- 12 săpt. - cât un grapefruit

În obstetrica modernă, practic nu se mai concepe examinare fără ecografie, astfel că aceste semne clinice și-au pierdut din valoare. De cele mai multe ori femeile se adresează medicului având testul de sarcină urinar pozitiv, așa încât se va efectua doar examinarea cu speculul (OBLIGATORIE! – deoarece femeia poate avea cancer de col) iar la examinarea manuală se poate renunța deoarece provoacă disconfort și nu aduce date suplimentare pentru diagnostic, fiind mult mai utilă ecografia transvaginală)

Examen de laborator:

Avem la dispoziție doi hormoni pentru evaluarea sarcinii incipiente: gonadotropina corionică umană (hCG), mai ales fracțiunea sa beta (β hCG), și progesteronul.

hCG: este o glicoproteină cu structură similară cu a FSH, LH și tiotropina. Se elimină urinar și stă la baza testelor de sarcină utilizabile la domiciliu. Prezintă două subunități: alfa și beta. Subunitatea alfa este comună cu FSH, LH și tiotropina, subunitatea beta este specifică, de aceea se folosește cu preponderență în diagnosticul sarcinii.

Poate fi detectat în serul matern de la 8-10 zile postconcepțional și se negativează la 10 zile după un avort.

Monitorizare seriată a hCG este utilă la sarcinile incipiente la care ecografic nu s-a putut stabili viabilitatea, precum și la diagnosticul diferențial cu o sarcină extrauterină. La o sarcină normală, valoarea β hCG-ul seric se dublează la 48h.

Limita discriminatorie a hCG 2500 mUI/l – valoare la care trebuie să fie vizualizată ecografic o sarcină intrauterină. (dacă nu se vizualizează este extrauterină sau avort spontan dacă pacienta a prezentat sângerare)

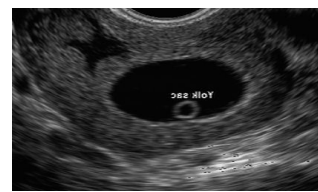
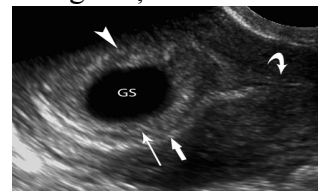
Progesteronul: măsurarea progesteronului este un test complementar pentru evaluarea unei sarcini incipiente anormale. Acesta reflectă producția de progesteron a corpului luteal care este stimulat de o sarcină viabilă, având valoare prognostică.

- progesteron > 25ng/ml – sarcină intrauterină viabilă (sensibilitate 97.5%)
- progesteron < 5ng/ml – sarcină oprită în evoluție sensibilitate (100%)
- progesteron 5-25ng/ml – evaluări suplimentare

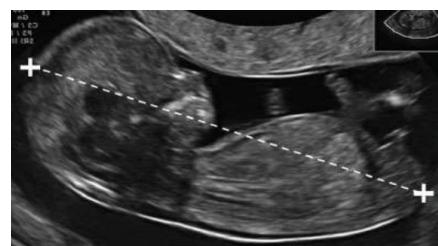
Examenul ecografic:

În trim. I se utilizează de obicei ecografia transvaginală. Este cea mai bună metodă de confirmare a localizării sarcinii intrauterine și pentru stabilirea vârstei gestaționale.

- La 4 săptămâni se vizualizează sacul gestațional care trebuie să fie localizat excentric în grosimea endometrului deciduat, nu în cavitatea uterină (pseudosac gestațional – semn de SEU) cu dublu contur deciduat (decidua îngroșată)
- La 5 săptămâni, în sacul gestațional se vizualizează vezicula vitelină (un cerc în sacul gestațional), primul element embrionar care certifică faptul că acea sarcină este intrauterină (foarte rar poate exista o sarcină heterotopică – concomitentă, una intra și una extrauterină)
- La 6 săptămâni se vizualizează la periferia veziculei viteline embrionul cu activitate cardiacă – ceea ce semnifică viabilitatea sarcinii



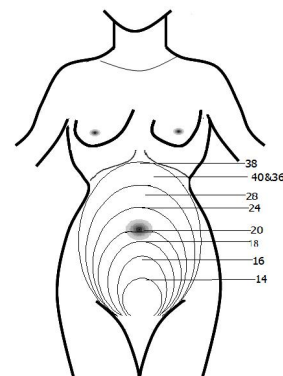
Vârsta gestațională: ecografia din trim. I este cea mai bună metodă pentru stabilirea vârstei gestaționale prin măsurarea lungimii cranio-caudale (CRL – crown-rump length). Eroarea în aprecierea DPN este de ± 4 zile, la termen fiind ± 3 săptămâni, din cauza variațiilor genetice.



Trimestrul II:

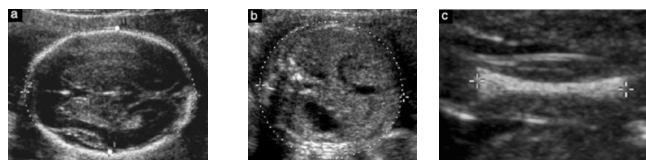
Examenul clinic:

- mărirea în volum a abdomenului, se măsoară înălțimea fundului uterin de la simfiza pubiană cu panglica metrică. Între 16 -36 săptăm. dimensiunea în cm corespunde aproximativ cu săptăm. de sarcină.
- Balotarea fetală: se constată prin palpare, când fătul e mic în comparație cu lichidul amniotic (20-24săpt.), presiunea bruscă exercitată asupra uterului face ca fătul să se deplaseze în LA și să revină înapoi, mișcarea fătului fiind resimțită de mâna examinatorului.
- Percepția mișcărilor fetale de către gravidă: apare la 20-22 săptăm. la primipare și 18-20 săptăm. la multipare, poate ajuta la stabilirea vârstei gestaționale
- Ascultarea bătailor cordului fetal: este posibilă cu Doppler-ul fetal sau spre trim. III cu stetoscopul obstetrical Pinard, frecvența cordului fetal fiind 120-160b/min.



Examenul ecografic: de la 14 săptăm. nu se mai poate evalua CRL deoarece fătul stă ghemuit și nu mai prezintă acuratețe măsurătoare. După această vârstă măsurăm circumferințe, diametre și diafiza oaselor lungi, existând nomograme în funcție de vârsta de gestație, putându-se estima și greutatea fetală. Elementele măsurate sunt:

- **DBP** – diametrul biparietal
- **HC** – circumferința craniană
- **AC** – circumferința abdominală
- **FL** – lungimea femurului



Trimestrul III:

Examenul clinic: mai ales palparea abdomenului este importantă deoarece oferă multiple informații despre:

- Tonusul și contracțiile uterine (contracții Braxton-Hicks – nedureroase, cresc în intensitate spre sfârșitul sarcinii, au ca efect formarea segmentului inferior)
- Poziția fătului
- Raportul prezentației cu strâmtoarea superioară

Palparea abdomenului se face întâi superficial și apoi profund, cu degetele în semiflexie, folosind întreaga față palmară și nu doar vârful acestora cu pacienta în decubit dorsal cu gambele și coapsele ușor flectate. Prezența și poziția fătului pot fi determinate folosindu-se tehnica de palpare descrisă de Leopold.

Prezența: constituie extremitatea voluminoasă a fătului care se prezintă prima la strâmtoarea superioară, poate fi cefalică (flectată sau deflectată) sau pelviană (completă sau deocompletă) sau așezare transversală, situație în care nu se utilizează termenul de prezență deoarece la strâmtoarea superioară nu se găsește o extremitate fetală.

Așezarea: este raportul dintre axul lung al fătului și axul lung al uterului – poate fi longitudinală, transversă sau oblică (tranzitor)

Poziția: este raportul dintre spatele fetal și suprafața internă a uterului – poate fi stg. sau dr. și anterioară sau posterioară.

Varietatea de poziție: reprezintă raportul dintre elementul de reper al fiecărei prezentații și punctele de reper ale bazinului.

Tehnica Leopold: cuprinde 4 timpi

1. Palparea bimanuală a polului fetal aflat la fundul uterin
2. Palparea bimanuală a flancurilor pentru stabilirea orientării spatelui fetal (cu o mână se fixează un flanc iar cu cealaltă se palpează flancul opus)
3. Palparea polului fetal aflat în segmentul inferior cu o mână
4. Palparea polului fetal aflat în segmentul inferior cu ambele mâini

Polul cefalic este dur, regulat, nedepresibil, cel pelvin este moale, neregulat, depresibil. Spatele fetal este planul dur și ușor convex ce unește cei doi poli fetal.

Examinatorul stă cu fața la gravidă în timpul primelor trei manevre iar la ultima manevră se orientează cu fața către picioarele gravidei.

Palparea polului inferior se efectuează cu vârful primelor 3 degete de la ambele mâini ce vor exercita presiune la nivelul strâmtorii superioare. În prezentația cefalică, dacă mâna situată mai sus se oprește la proeminența situată de aceeași parte cu părțile mici fetale atunci prezentația este flectată, dacă e de partea spatelui fetal prezentația e deflectată.

Ascultația BCF: modern se face cu cardiocograful care utilizează efectul Doppler, dar în trecut se făcea cu stetoscopul obstetrical Pinard. Acesta se fixează perpendicular pe abdomen prin apăsare cu urechea, concomitent se palpa pulsul matern pentru a diferenția cele două frecvențe. Focarul de ascultație depinde de așezarea fătului, cel de maximă intensitate fiind de partea spatelui fetal.

- Prezentația cefalică – 1/3 internă a liniei spino-ombilicale stg sau dr
- Prezentația pelviană – linia ombilico-axilară stg sau dr
- Așezarea transversală – paraombilical stg sau dr

Examenul vaginal: include examinarea cu specul sau valve și tușeu vaginal

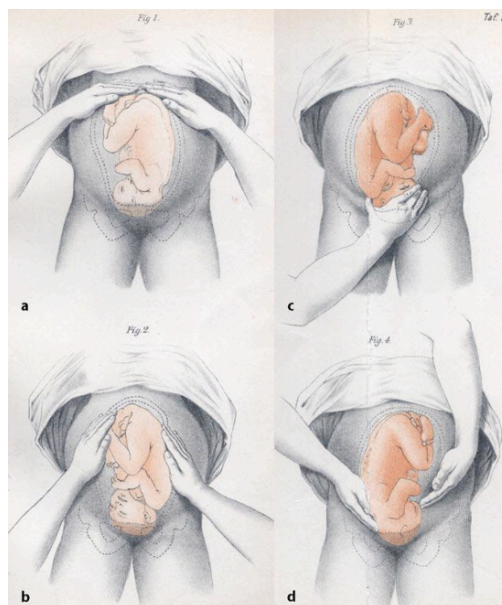
Examenul cu valve: precede întotdeauna tușeul vaginal și poate evidenția patologia vaginului și a colului, originea și caracterul unei sângerări sau al leucoreei. În travaliu apreciază dilatarea colului, starea membranelor, aspectul lichidului amniotic și felul prezentației la dilatație mare.

Tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală: furnizează date despre prezentație, poziție, varietate de poziție, stării colului, configurația bazinului, starea membranelor. Se efectuează respectând regulile de asepsie și antisepsie.

Labiile se îndepărtează între index și police, (școala americană recomandă utilizarea policelui și indexului de la mâna opusă pentru a preveni contactul mâinii examinatoare cu suprafața internă a labiilor) mediusul pătrunde în vagin apăsând perineul posterior, după care se introduce și indexul. În timpul examinării mâna și antebrațul realizează un singur ax, iar cotul este situat puțin mai jos de nivelul vulvei.

Explorarea se efectuează în următoarea ordine:

- *Vaginul:* pereți, funduri de sac, septuri
- *Colul:* poziție (anterior, intermediar, posterior), grad de ramolire (ferm, mediu, moale) grad de ștergere (în %, normal 3-4cm lungime), grad de dilatare (în cm 1-10, starea membranelor (intacte sau rupte). Aceste elemente împreună cu altitudinea prezentației



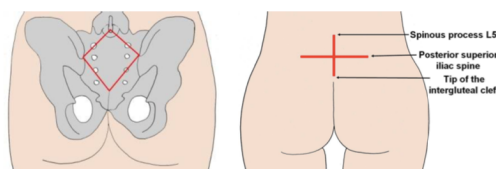
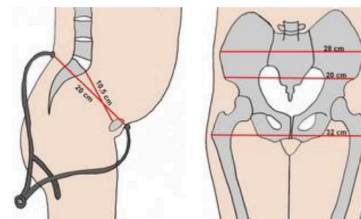
constituie scorul Bishop, cel mai frecvent utilizat pentru predicția posibilității declanșării travaliului artificial.

- *Segmentul inferior și corpul uterin*: formă, volum, consistență, grad de formare al segmentului, grosime, conținut
- *Bazinul osos*: pelvimetria internă, fața anterioară a sacrului, promontoriul, liniile nenumite (cele 2/3 anterioare), spinele sciatic, arcul pubian
- *Fătul*: prin intermediul segmentului inferior sau prin col la dilatație mare, se apreciază prezența, poziția, varietatea de poziție, altitudinea prezentației

Pelvimetria: reprezintă măsurarea unor diametre externe și interne ale bazinului

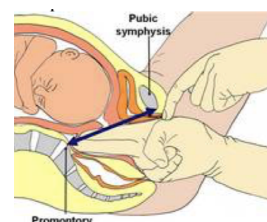
Pelvimetria externă se efectuează cu pelvimetrul, gravida fiind în ortostatism. Diametrele măsurate sunt:

- Antero-posterior: **20 cm** - între simfiză și L5
- Bispinos: **24 cm** - între spinele iliace antero-superioare
- Bicret: **28 cm** - între crestele iliace
- Bitrohanterian: **32 cm** - între trohanterele femurale
- Biischiatric: **11 cm** - între tuberozitățile ischiatice (cu panglica metrică, se scade 1.5 cm grosimea peretelui) - cu gravida în poziție ginecologică
- Se evaluează simetria rombului Michaelis, delimitat superior de L5, inferior de punctul superior al plicii interfesiere și lateral de fosetele formate de spinele iliace postero-superioare.



Pelvimetria internă: se face prin tușeu vaginal și oferă date utile despre strâmtoarea superioară și medie precum și despre excavația pelvină. Cele mai importante elemente de evaluat sunt: diametrul util, liniile nenumite, curbura sacrului și arcul pubian.

Diametrul util (Pinard) are 10.5 cm și se obține scăzând 1.5 cm (grosimea simfizei) din diametrul promonto-subpubian (12cm) determinat prin tușeu vaginal. Sub 9 cm se consideră bazin distocic.



Liniile nenumite se identifică cu ajutorul mediusului, mergând dinainte înapoi pe aria inelului osos ce delimitează strâmtoarea superioară. În mod normal, liniile nenumite se urmăresc pe cele 2/3 anterioare, degetul cazând în gol în fața promontoriului, pe care nu îl atinge.

Curbura sacrului se urmărește de la coccis până la promontoriu. Fața anterioară a sacrului are concavitatea orientată anterior și suprafață regulată. În mod patologic sacrul poate fi redresat, poate avea curbura mult accentuată (bazin din rahitism) sau poate prezenta false promontorii.

Strâmtoarea superioară: distanța dintre promontoriu și simfiza pubiană - diametrul util

Strâmtoarea medie: distanța dintre spinele sciatic

Strâmtoarea inferioară: distanța dintre tuberozitățile ischiatice