

DISTOCIILE DE DINAMICĂ ȘI DILATAȚIILE. DISTOCIILE OSOASE ȘI DE PĂRȚI MOI. PATOLOGIA CORDONULUI OMBILICAL ȘI A LICHIDULUI AMNIOTIC.

Distocia de dinamică

Disfuncția uterină poate fi hipotonă, hipertonă sau necoordonată.

În disfuncția hipotonă, CUD (contractiile uterine dureroase) au un tipar normal, dar sunt insuficiente pentru a dilata colul.

În disfuncția hipertonă, tonusul bazal este crescut fie prin contracția segmentului inferior cu o forță mai mare decât cea a fundului uterin, fie prin asincronismul impulsurilor din fiecare corn uterin, fie prin combinația acestora.

Disfuncția uterină este, adesea, o protecție împotriva unui grad de disproporție feto-pelviană, în sensul că uterul renunță de a se mai contracta, pentru a evita rupturile canalului moale de naștere.

Cauzele disfuncției uterine sunt necunoscute în 50% din cazuri, cele mai frecvente fiind anomaliile pelvisului matern și malpozițiile fetale.

Prelungirea fazei latente: Faza latentă prelungită durează peste 20 de ore la nulipare și peste 14 ore la multipare, din momentul în care femeia percepe CUD, cauzele fiind: lipsa maturării cervicale (col gros, neșters), analgezia excesivă și travaliu fals. Se consideră că fază latentă este prelungită dacă, după 8 ore dilatarea nu atinge 3-4cm. Diferențierea de un travaliu fals necesită 2 ore de observație, timp în care femeile cu travaliu adevărat au contracții progresive și modificări cervicale. Conduita trebuie individualizată în funcție de situația obstetricală și de starea de anxietate sau de oboseala a pacientei.

Anomaliile fazei active:

Faza activă începe la o dilatație de 3-4 cm și durează în medie, 5 ore la primipare. Ritmul minim normal de dilatare este de 1,2cm/ora la primipare și de 1,5 cm/ora la multipare. Faza activă se termină la 8-9cm când apare decelerarea dilatației cervicale. Anomaliile fazei active sunt cele mai frecvente distocii dinamice, oprirea dilatației fiind cea mai des întâlnită și este definită de staționarea dilatației timp de 2 ore. Factorii de risc ai anomaliilor fazei active sunt:

- Anomalii de poziție fetală
- Disproporția feto – pelviană
- Disfuncția uterină hipotona
- Anestezia peridurală înainte de 5 cm dilatație
- Ruptură prematură de membrane

Diagnosticul impune ca dilatația să fie evaluată la fiecare oră, timp de 2-3 ore. Este foarte important să se excludă disproporția feto-pelviană, ce este sugerată de semne indirecte, situație care reclamă cezariană.

Conduita este de expectativă sau stimulare a travaliului. Capul fiind bine fixat, se rup membranele și se monitorizează travaliu.

Proba de travaliu este un test clinic în care se observă progresiunea dilatației și a coborârii craniului, după amniotomie și perfuzie ocitocică. Durata probei de travaliu este de 2 ore și începe la 4 cm dilatație. Amniotomia evidențiază aspectul lichidului amniotic, accelerează travaliu și eficientizează oxitocina. În timpul probei, ritmul cardiac este monitorizat la 15 min. Dacă travaliu nu progresează sau dacă apar tuburări de ritm cardiac fetal, proba de travaliu este considerată negativă și se recurge la cezariană.

Anomaliile perioadei a II-a:

Perioada a II-a reprezintă expulzia fătului. Se acceptă o durată de 2 ore, cu o medie de 20 de minute pentru multipare și 50 de minute pentru primipare. Evaluarea situației prezentației se face prin palpare abdominală și tușeu vaginal. Diagnosticul poate fi dificil, pentru că aprecierea coborârii prezentației este mai puțin precisă decât a dilatației, iar bosa serosanguină poate da o falsă impresie despre craniu că este coborât.

Conduita include:

- Suport psihologic și expectativă
- Reducerea sedării excesive
- Perfuzia cu oxitocină

Stimularea travaliului: Stimularea cu oxitocină impune monitorizarea frecvenței cordului fetal în relație cu intensitatea, durata și frecvența contracțiilor uterine. Scopul oxitocinei este declanșarea activității uterine capabilă să dilate colul și să coboare fătul, evitând apariția hiperstimulării și a suferinței fetale. Perfuzia este întreruptă la apariția bradicardiei fetale sau a hiperstimulării uterine (peste 5 contracții/10 minute). Ruperea membranelor este o practică frecventă și este eficientă dacă scorul Bishop este 6 sau mai mare. Amniotomia nu accelerează travaliu spontan și poate produce prolaps de cordon, motiv pentru care este necesară monitorizarea ritmului cardiac fetal.

Disfuncția uterină hipertona:

Apare înainte de dilatația de 4 cm și este însoțită de durere disproporțională față de intensitatea CUD și mai ales față de eficiența contracțiilor în dilatarea colului. Decolarea prematură a placentei fiind o cauză posibilă, prezența hipertoniilor uterine asociată cu suferința fetală indică cezariană.

Contracții uterine localizate:

Rareori, în travaliile prelungite cu membrane rupte, apar contracții uterine localizate, tipul cel mai obișnuit fiind inelul lui Bandl, care semnifică iminență de ruptură uterină.

Distocia canalului de naștere

Canalul de naștere este al doilea obstacol în calea expulziei fătului, primul fiind colul uterin, iar ultimul, perineul. Canalul moale este extensibil și pune rareori, probleme la naștere. El este delimitat distal de diafragma pelvian, centrat de orificiul vulvar, iar proximal de cel cervico-segmentar. Canalul osos poate constitui un obstacol prin cele trei strâmtori, ale căror cele mai importante diametre sunt:

1. Strâmtoarea superioară:

- Promonto-subpubian(conjugata diagonală) de 12cm
- Promonto-retropubian(conjugata vera) de 10,5
- Transvers median de 12,5cm
- Oblic stâng de 12,5cm și oblic drept de 10,5cm

2. Strâmtoarea mijlocie:

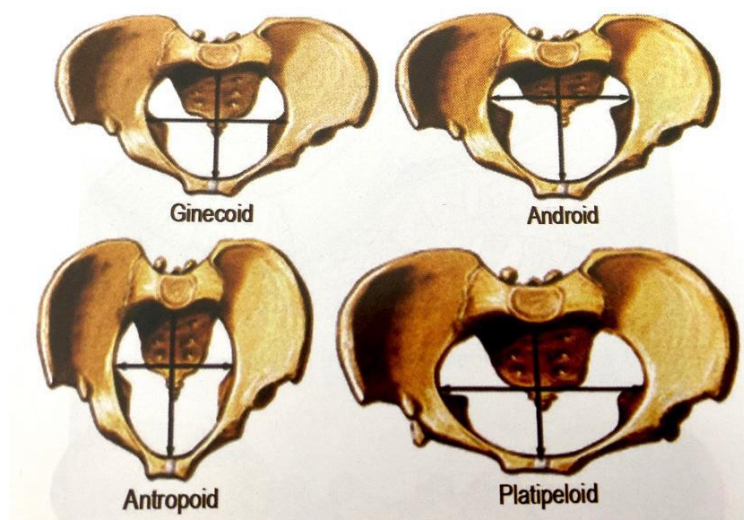
- Transvers (interspinos, bischiatic) de 11cm

3. Strâmtoarea inferioară:

- Subcocci-subpubian de 9,5cm
- Biischiatic(intre tuberozitățile ischiatice) de 11 cm

Clasificările anomaliilor canalului osos:

- Morfologică (ginecoid, antropoid, android, platipeloid)
- Etiologică: în funcție de cauzele anomaliilor
- Anatomică: bazine asimetrice și simetrice (cea mai utilizată)



Clasificarea etiologică a anomaliilor de bazin include:

- Bolile întregului sistem osos (rahitism, osteomalacie)
- Patologie coxală (agenezii, inflamații, tumori, fracturi)
- Patologia coloanei vertebrale (scolioză, cifoză)
- Patologia membrilor inferioare (luxație de șold)

Agenezia unei aripioare sacrate produce bazinul Naegele, iar cea a ambelor aripioare, bazinul Robert. Tumorile, fracturi și inflamațiile coxale produc obstrucții și respectiv bazine asimetrice. Luxațiile de șold produc bazine asimetrice. Scolioza reduce diametrul util prin asimetria strâmtorii superioare, iar cifoză produce bazinul în pâlnie.

Bazinele simetrice pot prezenta îngustări ale:

a) Strâmtorii superioare, determinând bazine:

- Aplatizate (diametru util < 10.5)
- Strâmtate transversal
- General strâmtate

b) Strâmtorii medii (diametru bischiatic < 10 cm)

c) Exacavației

d) Strâmtorii inferioare (diametru biischiatic < 11 cm, în pâlnie)

Particularitățile travaliului: în travaliu, îngustarea pelvina poate produce:

- Prezență anormală a fătului
- Leziuni traumatice cefalice fetale: caput succedaneum, cefalhematom, modelarea oaselor
- Distocii de travaliu:
 - Dinamică uterină anormală
 - Ruptura prematură de membrane
 - Angajare dificilă a craniului
 - Rotație posterioară a craniului

Asinclitismul constă în angajarea succesivă a boselor prietale, astfel încât sutură sagitală este mai aproape de promontoriu sau de simfiza pubiană.

Caput succedaneum reprezintă un revarsat serosanguin între piele și periost produs, mai frecvent de angajarea asinclitică și dispare postpartum în 48-72 ore.

Prognostic:

Nașterea unui făt la termen este imposibilă, dacă diametrul util este < 9 cm (normal peste 10,5), iar dacă este sub 10 cm, prognosticul depinde de:

- prezența fătului

- mărimea fătului
- configurația pelvina maternă
- intensitatea contracțiilor
- dilatația cervicală
- antecedente obstetricale.

Complicațiile materne posibile sunt:

- Rupturi ale canalului moale (segment inferior, col, vagin, perineu)
- Necroze tisulare urmate de fistule urinare sau digestive
- Corioamniotita (membrane rupte, tact vaginal repetat)

Complicațiile fetale sunt cauzate de leziunile traumatiche, infecții și de intervențiile obstetricale.

Conduita: Cezariană este indicată dacă nu poate fi anticipată o naștere sigură și se efectuează la declanșarea travaliului în caz de prezentație distocică sau disproporție feto-pelvina. Proba de travaliu este indicată în bazinul limită, cu făt în prezentație craniană și de dimensiuni medii, în următoarele condiții:

- Făt viu, fără suferință
- Membrane rupte
- Dilatație minimă de 4 cm
- Dinamică uterină normală

Dacă, în intervalul de timp stabilit, craniul nu este angajat, se practică cezariană, iar dacă s-a angajat, nașterea vaginală este posibilă.

Distociile de părți moi

Anomalii vulvare:

Atrezia incompletă (cicatrici) produce obstacol, care este depășit prin presiunea exercitată de capul fetal, cu riscul rupturilor perineale, ceea ce impune epiziotomia profilactică.

Abcesul glandei Bartholin poate produce infecții puerperale și de aceea trebuie drenaj adecvat și administrarea de antibiotic.

Condiloame acuminat trebuie eradicat înainte de naștere pentru a preveni distocia, infecția și hemoragia.

Leziunile inflamatorii (inflamație perineală, escare) fac dificilă nașterea vaginală și epiziotomia.

Anomalii vaginale:

Atrezia completă este congenitală sau dobândită (traume, inflamații) și face imposibilă sarcina.

Septurile pot fi longitudinale, complete de la vulva la cervix, însă de cele mai multe ori sunt incomplete, fiind asociate cu malformații uterine și renale. Septul complet nu produce distocie pentru că jumătatea vaginului prin care coboară fătul se dilată satisfăcător, dar, cel incomplet împiedică travaliu (incizie sau cezariană).

Chistul Gartner poate fi confundat cu un cistocel. Dacă chistul nu este depășit de prezentație, poate fi aspirat.

Anomaliile cervicale:

Colul aglutinat împiedică dilatația, care poate fi efectuată digital sau prin incizia "în cruce a colului.

Stenoza cicatricială apare prin cauterizare extensivă și infecție, sau consecința conizatiilor.

Anomalii uterine:

Anteflexia exagerată apare, frecvent în primele luni de sarcină, dar nu are semnificație

patologică.

Retroflexia este prezentă la 10% din femeile cu sarcini incipiente și poate crește frecvența hemoragiilor și avorturilor. Torsiunea uterului spre dreapta apare, adesea, în timpul sarcinii, dar rareori blochează vascularizația uterină.

Prolapsul genital poate să impună împingerea organelor prolapse peste părțile fătului. Corecția chirurgicală nu trebuie realizată antepartum din cauza hiperemiei indusă de sarcină. Prolapsul uterin este posibil în primele luni, dar pe măsură ce sarcina crește, corpul uterin se ridică și trage colul după el. Dacă rămâne prolapsat, apare încarcerarea în lunile 3-4 de gestație, iar dacă colul prolapsat la vulva nu poate fi re poziționat, este indicată terminarea sarcinii.

Leiomiomele sunt tot mai frecvente la gravide. Majoritatea leiomiomelor cresc în prima parte a sarcinii apoi nu își modifică talia.

Tumori ovariene

Tumori ovariene au o incidență de 1/556 de sarcini, chisturile fiind cele mai frecvente. Complicația cea mai frecventă a chisturilor benigne este torsiunea, care apare, mai probabil în trimestru I și poate fi urmată de ruptura chistului. Tumori peste 5 cm, care cresc sau prezintă excrescențe papilare, septuri sau zone solide, trebuie suspectate de malignitate.

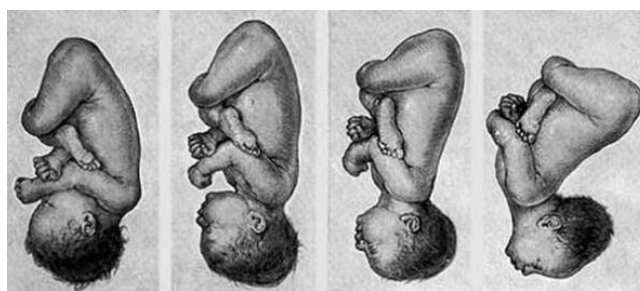
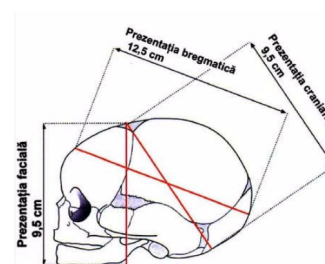
Conduita:

- Expectativă (chist sub 5cm)
- Monitorizare (chist de 5-10cm)
- Rezecție (chist malign, rupt, torsionat)

Distocia prin anomalii de prezentație

Prezența cefalice deflectate

- **Bregmatică:** bregma este partea prezentată, fruntea fiind punctul de reper, iar diametrul de angajare este occipito-frontal de 12.5 cm
- **Frontală:** fruntea este parte prezentată, nasul fiind punct de reper, iar diametrul de angajare este occipito-mentonier de 13.5 cm
- **Facială:** față este parte prezentată, mentonul fiind punctul de reper, iar diametrul de angajare este submento-bregmatic de 9.5 cm



OCCIPITALA BREGMATICA FRONTALA FACIALA

În obstetrica modernă, prezența bregmatică, descrisă de clasici, este considerată un moment temporar, pentru că se poate transforma, în timpul travaliului.

Nașterea pe cale vaginală este posibilă în 70% din prezentațiile faciale. Singura posibilitate de naștere vaginală a prezentației faciale este varietatea mento-pubiană, mecanismul nașterii fiind blocat în celelalte variante, din cauza diferenței între înălțimea simfizei pubiene și lungimea gâtului fetal.

Mecanismul de naștere

Prezența bregmatică: permite naștere vaginală, dar sunt frecvente extracțiile instrumentale (forceps, vidextracție), din cauza blocării craniului în excavație.

- Angajare cu diametrul occipito-frontal în diametrul oblic, occiputul fiind situat posterior, iar fruntea, anterior; diametrele strâmtoare superioare și ale craniului fiind sensibil egale, se produce modelarea craniului în "turn de șah", cu bosă frontală, ceea ce face ca ceilalți timpi ai nașterii să fie dificili
- Coborâre și rotație internă, ce aduce craniul în fronto-pubiană
- degajare dificilă în doi timpi: glabella se fixează sub simfiză și jurul ei se execută flexiunea capului, occiputul alunecând pe planșeul perineal, destins la maximum, până când se fixează la comisura vulvară posterioară și servește drept punct de sprijin pentru deflexiune, cu degajarea succesivă a nasului, gurii și a bărbiei.



Fig. 21.3. Flexia capului și formarea primului punct de fixare la nașterea în prezența bregmatică



Fig. 21.4. Configurația craniului "în turn" în prezența bregmatică

Prezența frontală: este considerată, în tratatele clasice, o varietate a prezenței faciale. În 65-75% din cazuri, ea se convertește spontan, în travaliu, în prezență facială sau craniană. Nașterea nu e posibilă decât la feții mici, diametrul de angajare fiind 13.5 cm

- Angajare lentă în diametrul transvers, craniu "în căpățână de zahăr"
- Coborâre dificilă, rotație internă, fața fiind plasată sub simfiză
- degajare prin flexiune (frunte, maxilar superior, nas, boltă craniană), apoi, prin deflexiune (gură și menton)

•

Prezența facială:

- Angajare cu diametrul submento-bregmatic pe un diametru oblic al strâmtoare superioare, mentonul ajungând la o extremitate a diametrului
- Coborâre și rotație internă, mentonul fiind plasat sub simfiză
- Degajare prin flexiune (gură, nas, frunte și occiput)

În rotația posterioară, coborârea este limitată din cauza disproporției între lungimea gâtului și înălțimea peretelui posterior al excavației.



Fig. 21.6. Prezență facială, apariția feței



Fig. 21.8. Prezență facială, varietatea anterioară



Fig. 21.9. Prezență facială, varietatea posterioară. Nașterea

Patologia cordonului ombilical și a lichidului amniotic

Cordonul ombilical

Anexele fetale sunt reprezentate de cordonul ombilical și sacul amniotic. Cordonul ombilical conține **două artere și o venă** prin care se fac schimburile feto-placentare, iar sacul amniotic, format de membranele fetale (amnion și corion) conține lichidul amniotic care protejează fătul în dezvoltare.

Cordonul ombilical matur este roz-albastrui, de consistență elastică și are 50-70 cm lungime și 15-20 mm grosime. Are o dispoziție generală spiralată, vasele fiind cuprinse în masa gelatinoasă Wharton. Dispoziția spiralată a arterelor ombilicale este considerată ca un mecanism de protecție a vaselor împotriva ocluziei, dar, mai corect, spiralarea ca sistem structural vascular, reprezintă o rezistență de reglare a vitezei circulației.

Cordonul se inseră pe fața fetală a placentei, inserția fiind centrală (50% din cazuri), paracentrală, marginală sau velamentoasă (pe membrane).

Anomalii de lungime:

Lungimea medie a cordonului ombilical este de aproximativ 55 cm, dar în situații anormale, el poate lipsi (ACHORDIE) sau să aibă lungimi până la 300 cm. Cordoanele lungi au un risc de ocluzie vasculară prin trombi, de noduri adevărate și de prolapsare, iar cele scurte se pot rupe, cu hemoragie, ce duce la moartea fătului și rareori, pot produce decolare prematură de placenta sau inversiune uterină.

Prolapsarea de cordon:

Prolapsarea de cordon ombilical (PCO) este o urgență obstetricală rară și imprevizibilă reprezentată de coborârea cordonului ombilical de-a lungul sau în fața prezentației fetale. Viabilitatea fetală este amenințată prin comprimarea cordonului ombilical între prezentația fetală și peretele uterin, colul uterin sau bazinul osos matern.

Se prezintă sub două forme:

- ansa cordonului ombilical se află înaintea prezentației, forma cea mai comună. Membranele în această situație sunt rupte și cordonul ombilical este vizibil sau palpabil la examinare
- ansa cordonului ombilical coboară de-a lungul prezentației, dar nu o depășește. În această situație membranele pot fi intacte (prolapsarea ocultă de cordon) sau rupte.

Factorii de risc sunt reprezentați de:

factori feto-materni:

- prezentație fetală anormală (pelviană, așezare transversă sau oblică, feți malformați)
- prematuritate sarcina multiplă ruptura prematură de membrane
- placentă anormală (praevia, inserție marginală joasă a cordonului ombilical)
- multiparitate polihidramnios
- cordon ombilical lung

Intervenții obstetricale (de ex. ruptura artificială de membrane în caz de prezentație sus situată, mobilă sau transversală)

Complicația cea mai de temut a prolapsării de cordon este reprezentată de compresia prelungită a cordonului, fie prin efect mecanic (prezentația fetală), fie prin vasospasm.

Absența unei artere ombilicale: Are o incidență de 0.85% la fetele unice și de 5% la gemeni. În jur de 30% din acești fete au anomalii congenitale, 34% restricție de creștere intrauterină iar 17% se nasc prematur. Incidența arterei ombilicale unice este dublă la femeile de rasă albă și crește considerabil în diabet.

Anomaliile de insertie:

Insertia marginala reprezinta situatia in care cordonul este inserat pe marginea placentei, care este denumita placenta "in racheta".

Insertia velamentoasa reprezinta insertia pe membranele amniotice, vasele ombilicale fiind situate la distanta de marginea placentei, pe care o ating inconjurate doar de un strat al amniosului.

Acest tip de insertie a cordonului este prezent la peste 1% din nasterile cu fat unic, mult mai frecvent la sarcinile gemelare (9%) si reprezinta aproape o regula la sarcinile triple.

Vasa praevia

In cazul insertiei velamentoase a cordonului, uneori, vasele funiculare sunt situate intre membranele de la nivelul segmentului inferior si al orificiului intern al colului, in fata prezentatiei. Aceasta situatie este denumita vasa praevia si este o anomalie frecventa in cazul sarcinilor gemelare.

Fiziopatologie

In ambele situatii, insertia velamentoasa si vasa praevia, este indusa suferinta fetala in cursul travaliului, prin urmatoarele mecanisme:

- compresiunea vaselor, prin progresul mecanismului de nastere, determinand hipoxie fetală
- ruptura vaselor praevia, odata cu ruperea membranelor, determina hemoragie si anemie fetala acuta

Diagnostic: ele pot fi vizualizate la examenul cu valve sau la ecografie si se pot rupe in momentul ruperii membranelor, cu hemoragie, exsanguinare si moarte fetala.

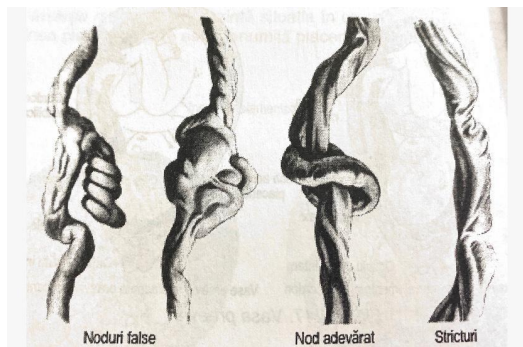
Conduita: odata stabilit diagnosticul se indica nasterea prin operatie cezariana, in interes fetal.

Anomalii ce împiedică fluxul sanguin:

Nodurile pot fi adevarate sau false. Cele adevarate rezultă în urma mișcărilor active fetale, iar cele false apar prin cudarea vaselor.

Stricturile sunt asociate cu o deficiența marcată în gelatina Wharton și determină decesul majorității fetilor.

Circularele sunt frecvent întâlnite, fiind determinate de răsucirea cordonului în jurul părților fetale în timpul mișcărilor și se întâlnesc mai frecvent în cazul cordoanelor lungi. În timpul travaliului aceste bucle ce înconjoară porțiunea cervicală fetală pot determina decelerații persistente în timpul contracțiilor uterine, sincrone cu contracția.



Chisturile de cordon: sunt adevărate sau false, în funcție de origine. Cele false rezultă prin lichefierea gelatine Wharton și au dimensiuni considerabile, iar cele adevărate sunt mici și

provin si din vestigii ale alantoidei sau ale veziculei ombilicale.

Anomalii vasculare: Trombozele de vase ombilicale sunt evenimente ce se produc in timpul vieții intrauterine, 70% fiind venoase, 20% venoase si arteriale si 10% arteriale. Comparativ cu trombozele venoase, cele arteriale prezinta o morbiditatea si mortalitate intrauterina ridicate fiind asociate cu RCIU și moarte fetală intrauterină.

Lichidul amniotic

Lichidul amniotic îndeplinește mai multe funcții pe parcursul sarcinii. Acesta creează spațiul fizic pentru mișcarea fătului, permite deglutiția fetală, esențială pentru dezvoltarea tractului gastro-intestinal, precum si respirația fetală, necesară pentru dezvoltarea plămânilor.

Cantitatea de lichid amniotic este variabilă pe parcursul sarcinii in functie de vârsta gestațională, putând fi apreciată prin examen ecografic. La termen, volumul lichidului amniotic este cuprins între 600-1000ml.

Importanța lichidului amniotic:

- protecția mecanică a fătului
- separarea fătului de peretii sacului amniotic, împiedicând formarea aderentelor, sursa de malformații fetale
- permite mișcările și culbuta fătului
- hidratarea și nutriția fătului prin deglutiție

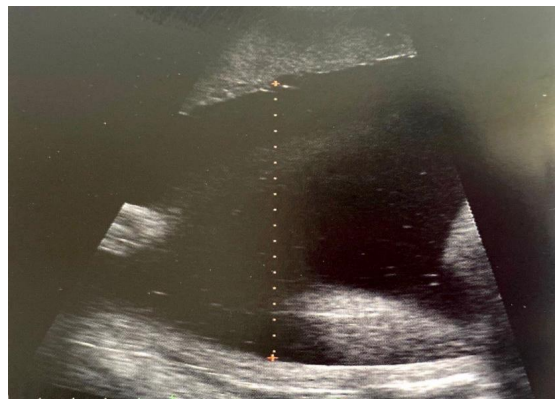
Evaluarea ecografică: Evaluarea cantității lichidului amniotic este o componentă a ecografiei standard în cel de-al doilea și al treilea trimestru de sarcină. Cantitatea este de regulă evaluată semicantitativ, prin măsurarea unei singure pungi amniotice sau a indexului lichidului amniotic (AFI).

Interpretarea rezultatelor este următoarea în funcție de AFI:

- < 5 cm: oligoamnios
- 5-24: lichid normal
- > 25: hidramnios

Interpretarea rezultatelor în funcție de cel mai mare buzunar:

- < 1cm= oligoamnios sever
- 2-8 cm= normal
- > 8 cm= hidramnios



Polihidramnios

Hidramniosul sau poliamniosul este definit de o cantitate de lichid amniotic mai mare de 2000 ml. În cazuri rare, uterul poate conține până la 15l, creșterea cantității LA fiind gradată în hidramniosul cronic și brusc în cel acut.

Etiologia hidramniosului poate fi:

- Fetala: malformațiile fetale:
 - De tub neural (anencefalie, hidrocefalie, spina bifida)
 - Digestive (atrezie de esofag sau duoden)
 - Cardiac (de arc aortic, transpoziție de vase mari)
 - Pulmonare (chisturi, tumori)
- Cromozomiale (trisomia 13, 21)
- Anexiale:
- Placentare (anastomoze arterio-venoase)

- Funiculare (tumori, malformatii, tromboze) c) Materno-fetale:
- Diabet
- Izoimunizare
- Infecție (parvo B19)

Diagnostic: Primul semn este supradistensia uterina, însoțită de dificultatea de a palpa părțile mici fetale și de a asculta BCF (bătăi cardiace fetale). Simptomatologia majoră a hidramniosului are cauze pur mecanice și rezultă din presiunea exercitată de uterul supradestins asupra:

- Diafragmului: dispnee severă, ortopnee
- Venelor: edeme ale membrelor inferioare și vulvei
- Ureterelor: oligoanurie

Complicațiile posibile determinate de hidramnios sunt:

- Prolaps de cordon ombilical
- Naștere prematură prin supradistensie
- Decolarea prematură a placentei : rezultă prin eliminarea unei cantități mari de LA din cauza scaderii ariei uterine de inserție placentară
- Distocie dinamică (uter supradestins)
- Hemoragie postpartum

Conduita terapeutică constă în:

- Expectativă în hidramniosul minor și moderat
- Spitalizare în caz de dispnee sau dureri abdominale
- Amniocenteză, terapie cu indometacin

Oligoamniosul

Reprezintă prezenta cantității reduse de lichid amniotic, sub 250ml, în condițiile integrității pungi amniotice. Scăderea LA este relativ des întâlnită în sarcinile cu termen depășit. Riscul de compresiune a cordonului ombilical și implicit a suferinței fetale este crescut în toate travaliile.

Etiologie:

- Mecanismul principal este oliguria sau anuria fetală. Oligoamniosul este aproape cert, în obstrucția tractului urinar fetal sau în agenezia renală.
- Atunci când volumul LA devine anormal de scăzut la sfârșitul celui de-al doilea sau în al treilea trimestru, cel mai probabil este asociat cu restricția de creștere fetală, o malformație placentară sau o complicație maternă, cum ar fi preeclampsia sau boli vasculare. În astfel de cazuri, etiologia subiacentă este adeseori presupusă a fi insuficiența uteroplacentară, care poate împiedica creșterea fetală și poate reduce producția de urină fetală.
- Expunerea la diverse medicamente a fost asociată cu oligoamnios. Printre acestea se numără IECA și antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS). Atunci când sunt luate în trimestru II sau III, IECA și blocanții receptorului angiotensinei pot genera hipotensiune fetală, hipoperfuzie renală și ischemie renală, cu insuficiență renală fetală anurică.

Complicații: Hipoplazia pulmonară fetală

Diagnostic:

Ecografie: AFI <5cm sau pe un diametru vertical maxim al celei mai mari pungi amniotice < 2cm.

Conduita terapeutică:

- Expectativă (malformații absente, funcție renală prezentă)

- Excluderea rupturii de membrane
- Avort terapeutic (lipsa LA in trimestru II, IUGR severa)
- Amnioinfuzia: a fost aplicata pentru a evita modificarile frecventei cardiace fetale intrapartum, datorate comprimarii cordonului ombilical