

# COMPLICAȚIILE PERIOADEI A III-A ȘI A IV-A A NAȘTERII. RUPTURA UTERINĂ.

## Complicațiile perioadei III și IV

Perioada a treia a nașterii reprezintă perioada cuprinsă între nașterea copilului și finalizarea delivrenței placentei. Perioada a IV a este reprezentată de primele 2-4 ore după naștere.

Obiectivele conduitei în această perioadă constau în:

- delivrența placentei intacte
- evitarea inversiunii uterine
- prevenția hemoragiei postpartum.

Ultimele două entități sunt complicații grave intrapartum și constituie urgențe amenințătoare de viață.

### Hemoragiile postpartum

Hemoragiile legate de sarcină reprezintă cea mai importantă cauză de deces matern în România. Peste 50% din decesele materne survin în primele 24 de ore după naștere, cele mai multe fiind datorate sângerărilor masive.

### Epidemiologie:

Hemoragiile în postpartum (HPP) afectează între 5-15% dintre parturiente. HPP pot produce decesul mamei prin șoc hipovolemic și prin tulburări de coagulare.

### Definiție:

- Sângerare în perioada a III-a și a IV-a care depășește 500 ml la o naștere pe cale naturală;
- Este considerată formă severă pierderea de sânge ce depășește 1.000 ml

### Etiologie:

- **Perioda a III-a:**
  - Retenție de placenta:
    - Decolată
    - Parțial decolată
    - Aderentă
- Leziuni traumatice ale filierei pelvi-genitale
- Coagulopatii congenitale sau dobândite
- **Perioda a IV-a:**
  - Resturi placentare
  - Hipotonie uterină
  - Leziuni traumatice ale filierei pelvi-genitale
  - Coagulopatii congenitale sau dobândite

Coagulopatiile pot fi primitive sau pot fi secundare uneia din primele 3 cauze (orice sângerare masivă în postpartum poate determina la un moment dat și tulburări de coagulare).

### Factori de risc:

Gravidele anemice prezintă un risc crescut deoarece ele tolerează greu chiar pierderi minore de sânge.

În funcție de mecanismul HPP factorii de risc cei mai frecvenți sunt:

- Hipotonia uterină:
  - Uter supradestins prin: polihidramnios, sarcini multiple, macrosomie, malformații fetale (atrezie esofagiană, hidrocefalie, tumori fetale);
  - Scăderea rezervelor funcționale ale miometrului: travaliu precipitat, travaliu prelungit, multiparitate

- Corioamniotită: febră, ruptură prematură de membrane
- Anomalii funcționale și anatomice ale uterului: fibroame, malformații uterine;
- Anestezii de conducere (anestezicele volatile scad tonusul uterin, dar nu sunt considerate factor de risc pentru atonia uterină)
- Hipotonia uterină la sarcinile anterioare
- Mare multiparitate
- Placenta praevia
- După travaliu declanșat sau dirijat cu doze mari de oxitocină.
- Retenție de fragmente placentare:
  - Placenta cu aderență anormală: accreta, increta, percreta
  - Retenție de lobi placentari aberanți;
- Chirurgie anterioară pe uter
- Leziuni traumatiche ale tractului genital:
  - Leziuni ale colului, vaginului sau perineului prin: naștere precipitată sau manevre obstetricale
  - Ruptura uterină: a uterului cicatriceal sau indemn
  - Inversiunea uterină: placenta fundică aderentă, multiparitate.
- Tulburări ale coagulării.

### **Fiziopatologie:**

Hemoragia postpartum este consecința unei sângerări excesive din porțiunea de inserție placentară sau din leziunile tractului genital. Hemoragia, cu uter retractat și placenta intactă, indică, aproape cert, a leziune a canalului de naștere. Sângerarea din porțiunea de inserție placentară apare prin absența retractoriei miometrice, ce comprimă vasele și le obliterează lumenul, iar coagularea anormală poate fi un factor declanșant. HPP prin atonie uterină poate fi fatală, chiar dacă coagularea este normală, dar dacă uterul se retractă puternic, este puțin probabilă, chiar dacă coagularea este sever afectată.

Șocul se produce când există o hipoperfuzie a organelor vitale, iar semnele și simptomele sale depind de volumul pierderilor sanguine:

- pierdere de 500-1.000 ml de sânge (șocul e compensat): nu apar modificări ale tensiunii arteriale, posibil palpitații, tahicardie
- pierdere de 1.000-1.500 ml de sânge (șoc ușor): apare o scădere ușoară a TA, cu maxima de 80-100 mmHg, pacientă cu astenie, transpirații, tahicardie
- pierdere de 1.500-2.000 ml sânge (șoc moderat): scăderea accentuată a TA, cu maxima de 70-80 mmHg, tahicardie AV > 120/min, puls slab, timp de reumplere capilară > 2 secunde, pacientă agitată, confuză, palidă, polipneică, oligurică
- pierdere de 2.000-3.000 ml (șoc sever): scăderea severă a TA, cu maxima de 50-70 mmHg – tahicardie AV > 120/min, slab filiform, timp de reumplere capilară nedetectabil, neurologic: confuz, comatos pacienta este în colaps, dispneică, anurică.

### **Diagnostic:**

Dacă în postpartumul imediat apare o sângerare abundentă, trebuie ca simultan cu tratamentul de reechilibrare să se încerce descoperirea etiologiei hemoragiei prin evaluarea pacientei, pe masa ginecologică:

- determinarea imediată a cauzei sângerării prin:
  - verificarea prezenței globului de siguranță
  - verificarea integrității părților moi
  - verificarea vacuității uterine
  - verificarea vacuității vezicii urinare prin montarea și menținerea unei sonde urinare
- suplimentarea investigațiilor necesare, prin recoltarea unei probe de sânge cu determinarea grupului, Rh și anunțarea punctului de transfuzii

– refacearea minuțioasă a anamnezei și recomandarea coagulogramei în scopul căutării unei deficiențe de coagulare a pacientei.

Examenul local poate releva atonie uterină, retenție placentară, retracție și contracție uterină deficitară, acumulare sanguină intrauterin sau hematoame perineale sau pelvine. Vizualizarea colului și vaginului pot evidenția lăcerății extinse care sângerează.

Pacienta trebuie examinată cu atenție, lipsa unor porțiuni placentare sugerează retenția de fragmente cotiledonare.

Diagnosticarea placentei parțial decolată și încarcerată în perioada a III-a se face pe baza criteriilor:

- neefectuarea delivrenței după 30 minute de la expulzie
- apariția unei hemoragii importante în primele 30 minute după expulzie
- uter ascensionat, relaxat
- absența semnelor de decolare placentară (retenție de placentă).

Hipotonia uterină în postpartumul imediat se manifestă prin uter moale, neretractat și sângerare continuă sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil.

Traumatismele la naștere pot determina hematoame perineale sau pelvine care pot fi decelate la palpare și trebuie suspectate dacă pacienta are semne vitale instabile și sângerare externă minimă sau absentă.

#### **Exame paraclinice:**

- hemoglobina, hematocritul, trombocitele, în hemoragia acută, se pot modifica în câteva ore,
- fibrinogenul poate releva o coagulopatie de consum,
- timpul de protrombina și APTT pot reflecta o coagulopatie,

#### **Explorări imagistice:**

- ultrasonografia poate fi utilă în depistarea anomaliilor uterine sau a hematoamelor oculte,
- Testarea D-dimerilor poate fi utilizată pentru determinarea produșilor de degradare ai fibrinei, indicând o coagulopatie.

#### **Conduita profilactică**

Pe baza studiilor efectuate, FIGO arată că dirijarea activă a perioadei a III-a a nașterii duce la scăderea frecvenței HPP, la scăderea cantității de sânge pierdut în această perioadă și la scăderea necesității de transfuzii.

Medicul trebuie să indice administrarea, în momentul degajării umărului anterior la primipare sau la degajarea capului la multipare sau imediat după nașterea fătului și înainte de clamparea cordonului ombilical de:

- oxitocină i.v.,

În cazul lipsei oxitocinei, se poate administra:

- ergometrină i.v.

Administrarea uterotonicelelor determină contracția bruscă a uterului cu accelerarea decolării placentei. În cazul în care se decide administrarea de metilergometrină pe cale intravenoasă se indică precauție maximă datorită riscului de a dezvolta un puseu hipertensiv, accident vascular cerebral.

Există riscul accidentelor vasculare hipertensive induse de ergometrină la pacientele cu hipertensiune indusă de sarcină, eclampsie sau boli cardiace sau hipertensiune preexistentă sarcinii.

Conduita profilactică în postpartumul imediat

După delivrență se practică:

- verificarea integrității placentei și a membranelor

-masajul uterului, până acesta se contractă și se formează globul de siguranță, apoi în timpul primelor 2 ore post-partum

Dacă în postpartum apare o sângerare abundentă, se indica inițierea imediată a procedurilor de tratament:

- abordul de linii intravenoase cu debit mare (dacă acest lucru nu a fost deja efectuat)
- recoltarea unei probe de sânge
- administrarea de soluții cristalinoide pe liniile venoase: ser fiziologic, soluție Ringer, soluții macromoleculare, în ritm rapid, pentru a menține stabilă tensiunea arterială a pacientei
- se anunță punctul de transfuzii
- administrare de oxigen pe mască
- monitorizarea semnelor vitale

Se efectuează controlul uterin în condiții de analgezie de scurtă durată și administrând o doză profilactică de antibiotic.

În cazul placentei încarcerate cu hemoragie în perioada a III-a nașterii:

– expresia placentară prin apăsarea fundului uterin dacă există semnele clinice ale decolării placentei

– extracția manuală de placenta

– control uterin.

În caz de hipotonie se administrează oxitocină în perfuzie endovenosă continuă sau ergometrină.

Dacă pacienta prezintă o coagulopatie se efectuează transfuzii cu plasmă proaspătă sau congelată, dacă este trombocitopenică se administrează masă trombocitară.

Dacă hemoragia nu se oprește în ciuda efectuării corecte a tuturor intervențiilor expuse anterior, iar pacienta prezintă afectare hemodinamică, se inițiază alte metode, chirurgicale, de hemostază:

- ligatura vaselor uterine și utero-ovariene
- ligatura arterelor iliace interne
- histerectomia de hemostază
- suturi hemostatice compresive uterine de tip B-Linch.

După delivrență medicul trebuie să indice supravegherea leuzei în sala de naștere în primele 2 ore post-partum.

Prognosticul depinde de :

- Cauza hemoragiei postpartum
- Durata și gravitatea hemoragiei
- Stări morbide asociate
- Promptitudinea diagnosticului și tratamentului
- Eficacitatea tratamentului.

### **Inversiunea uterina**

Este o complicație a expulziei placentei, rară ca frecvență, dificil de tratat și gravă ca evoluție.

Se instalează brusc, de obicei după manevre de extracție a placentei, determină hemoragii importante, se reduce adesea cu greutate și se poate încarca.

### **Simptomatologia:**

- durere violentă, cu caracter sincopal
- Hemoragie abundentă
- Stare de șoc cu prăbușirea TA, puls imperceptibil
- La TV se simte o tumoră voluminoasă vaginală, înconjurată la baza ei de inelul cervical

**Forme anatomo-clinice:**

- Gradul I- fundul uterin este deprimat în cavitatea uterina
- Gradul II- fundul uterin ajunge la nivelul colului
- Gradul III- fundul uterului este exteriorizat prin col, în vagin

**Etiologie:**

- Hipotonie uterina
- Aderente placentare, cu localizarea placentei la fundul uterin
- Tractiuni pe cordon
- Compresiuni pe fundul uterului pentru decolarea placentei

Prognosticul este sever, se poate ajunge la exitus, fără intervenție de urgență.

**Conduita:**

- Profilactică: respectarea mecanismelor fiziologice de decolarea placentei,
- Curativă: tratarea șocului și reducerea inversiunii sub anestezie generală.

**Hematomul vulvo-vaginal**

Localizat la nivelul zonelor de leziune vaginale, zona de epiziotomie, poate să apară și fără o leziune a mucoasei, prin lezarea vaselor profunde.

**Simptomatologia** constă în:

- Dureri vaginale, perineale
- Senzație de tensiune, de scaun
- Tumefacție vulvară și vaginală care crește în timp

**Tratament:**

- hematoamele mici și moderate se evacuează printr-o incizie longitudinală, și se suturează țesutul
- Hematoamele mari se incizează, se suturează și se asigură drenajul zonei.