

PLACENTA PRAEVIA. DPPNI – APOPLEXIA UTERO – PLACENTARĂ.

Placenta praevia

Definiție: Termenul de placenta praevia trebuie utilizat când placenta acoperă direct orificiul cervical intern (parțial sau total). Pentru sarcinile cu vârsta gestațională peste 16 săptămâni, termenul de placenta jos inserată trebuie utilizat pentru placenta a cărei margine inferioară se află la o distanță mai mică de 20 mm de orificiul cervical intern pe ecografia transabdominală sau transvaginală.

Epidemiologie: Incidența placentelor praevia este de 1/250 de nașteri.

La femeile cu o cezariană anterioară, frecvența placentei praevia este de 3,9% iar la cele cu nașteri pe cale vaginală de 1.9%.

Etiopatogenia: ar putea avea la bază anomaliile de perfuzie a patului vascular placentar, datorită cicatricii uterine sau perfuziei endometriale deficitare

Factori de risc:

- Multiparitatea
- Vârsta avansată
- Cicatricea uterină
- Avortul indus
- Vascularizarea deficitară a deciduei
- Fumatul
- Fibroame și malformații uterine

Clasificare:

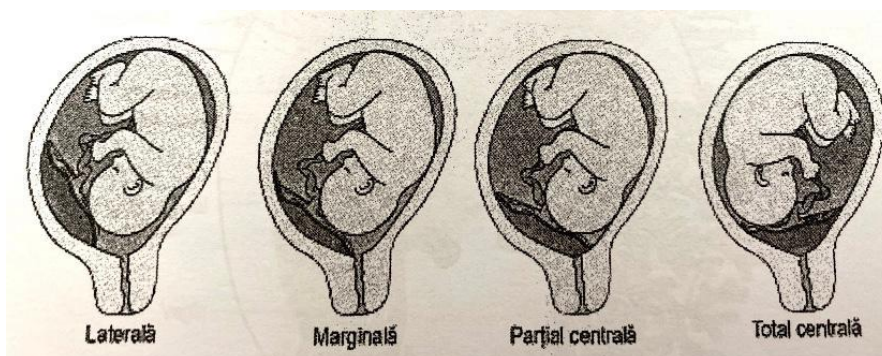
În raport cu orificiul cervical intern, varietățile sunt:

Gradul I – PRAEVIA LATERALĂ – marginea inferioară a placentei se găsește la nivelul segmentului uterin inferior;

Gradul II – PRAEVIA MARGINALĂ – marginea inferioară a placentei ajunge până la nivelul orificiului cervical intern;

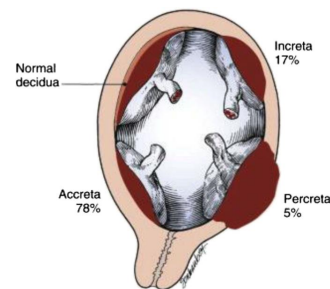
Gradul III – PRAEVIA PARȚIALĂ – placenta acoperă parțial orificiul cervical intern;

Gradul IV – PRAEVIA COMPLETĂ – placenta acoperă complet orificiul cervical intern



În funcție de aderențele anormale:

- **Accreta:** aderentă la miometru, fără interpunere de deciduă
- **Increta:** vilozitățile coriale pătrund în miometru
- **Percreta:** vilozitățile străbat peretele uterin



Fiziopatologie:

Placenta praevia este inserată la nivelul segmentului inferior, nivel la care lipsește stratul plexiform al miometrului. Astfel că după extragerea placentei retracția uterine nu poate realiza hemostaza (ligaturile vii), persistând hemoragia din patul de inserție placentară necesitând manevre specific de hemostază, ajungându-se adesea la histerectomie de necesitate. În plus nașterea nu poate avea loc pe calea naturală deoarece calea de naștere este blocată de placenta

Consecințele fiziopatologice ale placentei praevia sunt:

- Sângerarea în sarcină și travaliu, cu anemie sau șoc hemoragic
- Prezența pelviană sau transversală (împiedicarea culbutei)
- Ruptura prematură de membrane
- Infecție amnio-corială (membrane rupte și cheaguri infectate)
- Ruptura segmentului inferior (subțire, friabil, placenta accreta)

Simptomatologie

Prin frecvența și gravitate, hemoragia este semnul clinic dominant, iar originea ei este materno-fetala.

- Hemoragia **în sarcină**: apare, adesea, în trimestru III, când amplierea segmentului inferior tracionează marginea placentei și o decolează parțial
- Hemoragia **în travaliu**: contracția uterină ridică pereții segmentului inferior și împinge fătul în jos, ceea ce determină decolarea marginii inferioare a placentei, cu hemoragie
- Hemoragia **postpartum**: este cauzată de aria mare de fixare placentară, de retenția unor cotiledoane aderente și de retracția musculară decifitară a segmentului inferior

Diagnostic:

Diagnosticul pozitiv se bazează pe examenul clinic și ecografic.

Diagnosticul clinic nu se poate pune cu certitudine.

Se ridică suspiciunea dacă:

- pacienta se prezintă pentru sângerare vaginală spontană după 24 de săptămâni de amenoree
- absența contracțiilor uterine dureroase;
- activitate cardiacă fetală prezentă și mișcări active fetale prezente;
- tonus uterin normal
- prezența distocică

Hemoragia este simptomul principal și are următoarele caracteristici:

- Debut brusc în absența contracțiilor uterine dureroase
- Este indolore, de obicei nocturnă cu sânge roșu
- Are tendința de repetare, cu anemiarea pacientei

Examen local (examen cu valve)

- evidențiază sursa sângerării
- exteriorizarea sângelui din canalul cervical intern

- atunci când colul este dilatat, se poate evidenția masa placentară

TUȘEUL VAGINAL NU SE EFECTUEAZĂ!

Diagnostic paraclinic:

Ecografia trasvaginală este gold standard-ul pentru diagnosticul de placentă praevia, fiind cea mai sigură, simplă și accesibilă metodă de investigație imagistică.

În 90% din cazuri, placentele praevia diagnosticate ecografic în trimestru II ajung la termen, în poziție normală ca urmare a diferenței de creștere între uter și placenta și a formării segmentului inferior. Din acest motiv, diagnosticul ecografic trebuie reconfirmat în trimestru III.

Ecografia transabdominală: vizualizarea poate fi mai dificilă

RMN: numai în cazurile în care diagnosticul ecografic este neconcludent sau imaginile ecografice sunt nesatisfăcătoare, precum și în caz de aderență anormală



Diagnostic diferențial:

- decolarea prematură de placenta normal inserată;
- vasa praevia;
- ruptură uterină;
- patologie cervicală: polipi, cervicite, neoplasm;
- leziuni traumatice ale colului uterin;
- ruptură prematură de membrane;
- travaliu prematur;
- leziuni traumatice ale peretelui vaginal
- sângerare vaginală de etiologie non-obstetricală

Complicații

Complicații materne:

- prezentatii distocice datorate masei placetare situată înaintea prezentației
- ruperea prematură spontană a membranelor
- infertilitatea în cazul histerectomiei de urgență
- complicațiile datorate hemoragiei (variază în funcție de cantitatea de sânge pierdut, putând merge până la șoc hemoragic)

Complicații fetale:

- prematuritate
- anemie
- asfixie
- deces fetal în utero

Conduita terapeutică:

- reducerea activității fizice
- evitarea contactului sexual,
- prezentarea la medic în cel mai scurt timp în cazul apariției contracțiilor uterine (inclusiv dureri suprasimfizare) sau sângerare vaginală.

Pacientele cu sângerări în ultimele luni de sarcină trebuie considerate gravide cu risc obstetrical crescut și trebuie internate pentru precizarea cauzei hemoragiei. Atitudinea terapeutică ține cont de gravitatea sângerării și vârsta sarcinii:

Dacă sângerarea este mică sau moderată gravida este internată în spital indicându-se repaus la pat. După evaluarea statusului materno-fetal, atitudinea depinde de vârstă gestatională.

După 34 săptăm., considerându-se realizată maturitatea pulmonară fetală se indică operația cezariană.

Înainte de 34 săptămâni se tentează temporizarea nașterii în condițiile în care stare gravidei permite

Nașterea în cazul pacientelor stabile (fără sângerare sau sângerare minimă) se va realiza la 37-38 săptămâni, iar în cazul celor cu placenta acreta/increta la 36-37.

Nașterea pe cale vaginală poate fi luată în considerare dacă:

- polul inferior placentar este la peste 2 cm de orificiul cervical intern
- status hemodinamic matern stabil
- lipsa semnelor de suferință fetală

Nașterea prin operație cezariană se realizează dacă:

- Apare sângerare vaginală cu semne de suferință fetală acută
- Hemoragie importantă care pune în pericol viața mame
- Dacă marginea inferioară placentară este la mai puțin de 2 cm față de OCI în al treilea trimestru, se va indica operația cezariană, mai ales dacă grosimea placentară este crescută (peste 2 cm)

Controlul sângerării din patul placentar poate necesita:

- Sutura zonelor sângerânde cu fire în X
- Ligatura arterelor uterine și iliace interne
- Suturi diverse la segmentului inferior
- Tamponament uterin sau balon Bakri
- Embolizare selectivă artere uterine
- Histerectomie

DECOLAREA PREMATURĂ A PLACENTEI NORMAL INSERATE

Definiție: Decolarea prematură a placentei normal inserate (DPPNI) reprezintă separarea prematură a unei placente normal implantate, după 24 de săptămâni de amenoree, dar înainte de nașterea fătului.

DPPNI denumită și *abruptio placentae* sau *apoplexia utero-placentara* reprezintă o urgență obstetricală majoră cu impact mare în mortalitatea și morbiditatea materno-fetala.

Epidemiologie: DPPNI complică aproximativ 1% din nașteri, dar incidența sa este raportată în creștere. O treime din cazurile de hemoragie antepartum se datorează acestei patologii, care se însoțește și de modificări ale ritmului cardiac fetal în 60% din cazuri.

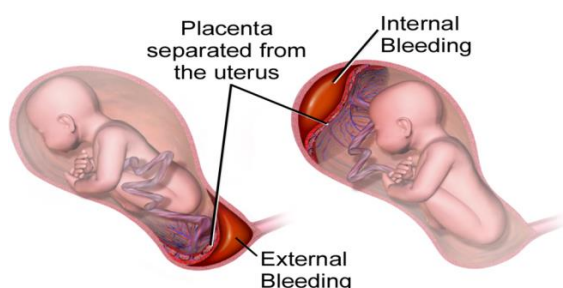
Clasificare:

Clasificarea lui Sexton, în funcție de suprafața placentară afectată:

- Gradul 0 - diagnostic retrospectiv de DPPNI
- Gradul 1 - formă ușoară, decolarea interesează sub 1/6 din suprafața placentară
- Gradul 2 - formă moderată, decolarea interesează 1/6-1/2 din suprafața placentară
- Gradul 3 - forma severă, decolarea interesează peste 1/2 din suprafața placentară. clasifică

Clasificarea clinică:

- **Periferică** cu hemoragie exteriorizată (80% din cazuri): frecvență mai puțin severă, decolarea fiind incompletă, complicațiile mai rare
- **Centrală** cu hemoragie “ascunsă” (20% din cazuri): frecvent decolare extensivă, moarte fetală și coagulopatie



Factori de risc:

- DPPNI în antecedentele obstetricale
- HTAIS/preeclampsia
- Multiparitatea
- Vârsta maternă avansată
- Distensia uterină (sarcini multiple, polihidramnios)
- Sarcini obținute prin FIV
- Boli sistemice (diabet, lupus eritematos)
- Trombofilii
- Fumat, alcool, cocaină

Fiziopatologie: Starea de hipercoagulabilitate din sarcină constituie un teren favorabil declanșării unor procese vasculare în patul uteroplacentar. Local, intervin tromboplastina, serotonina, tromboxanul A₂, prostaglandinele, la care se adaugă concentrația crescută a inhibitorilor fibrinolitici placentari. Lipsa modificărilor trofoblastice ale arterelor spiralate reduce fluxul uteroplacentar și crește fragilitatea vaselor, care se rup formând un hematom

decidual, ce se extinde, decolând placenta. Dacă factorul declanșator al rupturii vasculare este variabil (puseu de HTA, traumatism, obstacol venos) evenimentele fiziopatologice ulterioare au o desfășurare comună. Sângele acumula retroplacentar, fie va decola progresiv membranele până la orificiul cervical cu exteriorizarea sângelui prin vagin, fie va rămâne sechestrat în spatele placentei cu formarea unui hematom de dimensiuni mari cu infiltrarea ulterioară a miometrului. Prezența hematomului va acționa ca un factor iritativ cu apariția contractilității uterine prelungite, cu hipertonie uterină “uter de lemn”. Ultima fază este caracterizată de apariția șocului, urmată de CID (datorită eliberării de tromboplastină de la nivelul deciduei în circulația maternă), hemoragie prin consumul factorilor de coagulare și insuficiență viscerală multiplă.

Anatomie patologică: Hematomul retroplacentar este leziunea tipică și apare prin ruptura arterelor uteroplacentare. Hematomul comprimă cotiledoanele și produce o depresiune pe față maternă a placentei, ce este suficientă pentru a afirma diagnosticul. În apoplexia uteroplacentară, uterul denumit uter Couvelaire, are echimoze violacee sau negre (necroză) și este infiltrat hemoragic, ca un burete de sânge. Infiltrația hemoragică se poate extinde și la anexe și ligamentele largi.



Diagnostic:

Diagnostic clinic:

- sângerare vaginală (80%), cu sau fără semne de șoc hemoragic
- durere abdominală continuă (uterină) sau durere lombară (placentație posterioară)
- stare de șoc (în contrast cu sângerarea minimă)
- uter sensibil, iritabil, frecvent hipertonie/hiperkinezie (30-60%) sau tonus uterin crescut, „uter de lemn”
- eventual suferință fetală în funcție de severitatea decolării (50%), chiar deces in utero (15%)

Forme clinice

Forme ușoare:

- sângerare vaginală absentă sau redusă, uneori recurentă
- tonus uterin moderat crescut
- TA și pulsul matern cu valori normale
- coagulopatie absentă
- status fetal: făt viu cu traseu CTG normal sau de alarmă

Forme moderate sau severe

- sângerare vaginală prezentă (uneori sângerare importantă) sau absentă
- hipertonie uterină (“uter de lemn”)
- hipotensiune, tahicardie sau șoc hipovolemic
- hipofibrinogenemie (50-250 mg/dl) sau CID
- status fetal: făt viu cu traseu CTG de alarmă sau deces in utero

Diagnostic paraclinic:

Ecografia: fiabilitatea sub 50%, dar când poate fi efectuată rapid este utilă mai ales pentru evaluarea viabilității fătului. Hematomul retroplacentar este evident doar în 25% din cazuri.

Bilanțul hematologic și al coagulării:

- hemoglobină, hematocrit număr de trombocite, fibrinogenemie

- timp de sângerare și de coagulare
- produși de degradare ai fibrinei

Diagnostic diferențial:

- placenta praevia
- travaliul declanșat
- ruptură uterină
- vasa praevia
- neoplasm cervico-vaginal
- hidramnios acut
- chist ovarian torsionat.

PLACENTĂ PRAEVIA	APOPLEXIE UTEROPLACENTARĂ
Sângerare nedureroasă	Sângerare însoțită de durere
Sângerare mică, la început	Prima sângerare este mare
Sânge roșu, coagulabil	Sânge negricios, necoagulabil
Șoc concordant cu hemoragia	Șoc neconcordant cu hemoragia
Uter cu tonus normal	Uter hipertonic, tetanizat
BCF prezente	BCF alterate sau absente
Placentă palpabilă la TV	Placentă nepalpabilă la TV
HTA absentă	HTA anterioară prezentă
Urină normală	Proteinurie, oligurie, anurie
Coagulare normală	Defecte de coagulare

Complicații:

- Șoc hemoragic
- CID
- Hemoragia prin afibrinogenemie (sânge necoagulabil)

Conduită terapeutică:

Depinde de

- Severitatea afecțiunii și prezența sau absența complicațiilor asociate
- Condiția mamei și fătului,
- Vârsta gestatională.

Tratamentul trebuie să vizeze următoarele obiective:

- tratamentul șocului hemoragic, coagulopatiei și alte complicații materne
- nașterea.

Tratamentul medical:

- oxigen
- soluții cristaloide pentru corecția hipovolemiei și menținerea debitului urinar
- masă eritocitară în caz de hemoragie persistentă sau anemie severă (hematocrit <30%)
- masă trombocitară la o trombocitopenie 50.000/mm³
- plasmă proaspătă congelată sau crioprecipitat la fibrinogenemie <100 mg/dl sau la timp de protrombină și APTT prelungite peste 1,5 x valoarea normală
- Factor VII activat recombinat (NovoSeven) – activează direct FX în FXa și favorizează conversia protrombinei în trombină

Managmentul obstetrical:

Conduita expectativă: poate fi luată în considerare la decolările limitate, ușoare, înainte de termen și are drept scop prelungirea sarcinii cu îmbunătățirea maturării pulmonare fetale.

Sarcină în evoluție cu decolare mică sau asimptomatică - finalizarea nașterii pe cale vaginală în condiții obstetricale favorabile, în absența suferinței fetale. Monitorizare fetală continuă în travaliu.

Sarcina în evoluție cu decolare severă – cezariană de urgență. Respectarea principiului “save blood” prin efectuarea precoce a hemostazei, nu se poate realiza decât prin cezariană. În plus, cezariana permite evaluarea vitalității uterine și efectuarea oportună a histerectomiei, dacă uterul este flasc și cu sângerare persistentă.

În formele severe de DPPNI, imposibilitatea asigurării hemostazei intraoperatorii poate impune manevre chirurgicale adiționale:

- ligatura arterelor uterine ligatura arterelor iliace interne
- histerectomia de necesitate în prezența apoplexiei utero-placentare (uter Couvelaire)