

URGENȚE OBSTETRICALE INTRAPARTUM

SUB REDACȚIA

**GHEORGHE PELTECU
RADU BOTEZATU**

**ANCA MARIA PANAITESCU
GEORGE IANCU**



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE

URGENȚE OBSTETRICALE INTRAPARTUM

Sub redacția:
Gheorghe Peltecu, Anca Maria Panaitescu,
Radu Botezatu, George Iancu



EDITURA ACADEMIEI ROMÂNE
București - 2017

Cuprins

Prefață	xiii
Cuvânt înainte	xv
Foreword	xvii
Capitolul 1. Sarcina, un test de efort pentru viață	
<i>David Williams, Anca Maria Panaitescu</i>	1
Capitolul 2. Evaluarea fetală la gravida cu afecțiuni medicale asociate sarcinii	
<i>Anca Maria Panaitescu</i>	25
Capitolul 3. Preeclampsia	
<i>Irina A. Buhimschi, Kara M. Rood, Gheorghe Peltecu, Cătălin S. Buhimschi</i>	43
Capitolul 4. Diabetul zaharat preexistent sarcinii	
<i>Aura Diana Reghină, Simona Fica</i>	91
Capitolul 5. Diabetul zaharat gestațional	
<i>Aura Diana Reghină, Anca Maria Panaitescu, Simona Fica</i>	103
Capitolul 6. Boli cardiovasculare în sarcină	
<i>Dragoș Vinereanu, Natalia Pătrașcu, Livia Florentina Trașcă</i>	119
Capitolul 7. Boala tromboembolică și sarcina	
<i>Letiția Coriu, Daniel Coriu</i>	153
Capitolul 8. Afecțiuni renale în sarcină	
<i>Mircea Penescu, Ioana Miler</i>	169
Capitolul 9. Boli ale țesutului conjunctiv în sarcină	
<i>Andra Bălănescu</i>	199
Capitolul 10. Boli hematologice în sarcină	
<i>Iulia Ursuleac, Aurelia Tatic, Ana Manuela Crișan, Daniel Coriu</i>	227

Capitolul 11. Boli hepatice în sarcină	<i>Liana Gheorghe, Cristian Gheorghe</i>	253
Capitolul 12. Boli gastrointestinale în sarcină	<i>Mihai Ciocîrlan, Maria Ispas, Mircea Mihai Diculescu</i>	285
Capitolul 13. Boli ale tiroidei și paratiroidelor în sarcină	<i>Corin Badiu, Monica Gheorghiu</i>	307
Capitolul 14. Boli ale hipofizei și glandelor suprarenale în sarcină	<i>Cătălina Poiană, Cristina Căpățînă</i>	327
Capitolul 15. Boli ale aparatului respirator în sarcină	<i>Alexandru Tudor Șteriade, Roxana Silvia Bumbăcea, Dragoș Bumbăcea</i>	349
Capitolul 16. Boli neurologice în sarcină	<i>Cristina Tiu, Ioana Mîndruță, Ovidiu Alexandru Băjenaru</i>	387
Capitolul 17. Infectia HIV și alte boli infecțioase în sarcină	<i>Oana Săndulescu, Mariana Mărdărescu, Anca Streinu-Cercel, Adrian Streinu-Cercel</i>	449
Capitolul 18. Afecțiunile dermatologice în sarcină	<i>Samantha Vaughan Jones, Christina Ambros-Rudolph, Catherine Nelson-Piercy</i>	471
Capitolul 19. Cancerul de sân în sarcină	<i>Anca Maria Panaitescu, Mihaela Demetrian, Dragoș Median, Gheorghe Peltecu</i>	495
Capitolul 20. Afecțiuni psihiatrice în sarcină	<i>Cătălina Tudose</i>	509
Capitolul 21. Analgezia și anestezia la naștere a gravidelor cu afecțiuni medicale co-existente	<i>Virgil Șerban Manica</i>	545
Capitolul 22. Sarcina cu risc genetic pentru mamă și făt	<i>Florina Nedelea, Dragoș Crețoiu, Anca Maria Panaitescu</i>	561
Index		577

Operația cezariană de urgență are o incidentă de 1% din totalul nașterilor, fiind efectuată după începerea travaliului, spre deosebire de operația cezariană electivă, care este programată și efectuată în afara travaliului [1].

Operația cezariană de urgență reprezintă o problemă prin timpul scurt de pregătire preoperatorie, necesitatea de a extrage fătul în cel mai scurt timp și incidentă mai mare a patologiei materne asociate. Din aceste cauze, rezultă o rată mai mare a complicațiilor intraoperatorii și postoperatorii precoce și tardive.

Ghidurile Societății Americane de Obstetrică și Ginecologie (ACOG) stipulează că un serviciu obstetrical de calitate trebuie să fie capabil să înceapă efectuarea unei operații cezariene de urgență în maxim 30 de minute de la luarea deciziei de intervenție chirurgicală [2,3].

ETIOLOGIE

Cele mai frecvente indicații de operație cezariană de urgență sunt:

- Placenta praevia cu sângerare importantă
- Decolarea prematură de placentă normal inserată
- Bradicardia / traseu cardiotocografic (CTG) anormal
- Ruptura uterină
- Prolabarea de cordon ombilical
- Proba de travaliu negativă.

În continuare vom discuta despre operația cezariană de urgență, ce se încadrează în categoria 1, de urgență imediată ([tabelul 1](#)) [4].

Echipa medicală multidisciplinară, formată din obstetrician, anestezist, neonatolog, trebuie alertată imediat ce apare o situație ce impune operația cezariană de urgență.

Tabelul 1. Clasificarea operației cezariene în funcție de urgență [4]**.

Gradul de urgență	Definirea gradului de urgență	Perioada maximă de timp în care trebuie realizată extragerea fătului	Exemplu
1	Urgență imediată- amenințare vitală imediată a fătului sau mamei	30 minute	Prolabare de cordon
2	Urgență amânată - afectare majoră fetală sau maternă, care nu reprezintă o amenințare vitală imediată a fătului sau a mamei	Mai mult de 60 minute, în funcție de patologie	Traseu CTG areactiv
3	Programată - este necesară nașterea precoce, dar nu există o afectare importantă a mamei sau fătului	În funcție de situație, cu monitorizare fetală și maternă	RCIU* cu modificare Doppler
4	Electivă - programată la un moment convenabil pentru mamă și echipa operatorie	Nedeterminată	Uter cicatriceal

*RCIU: restricție de creștere intrauterină

**Modificat după Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Classification of Urgency of Cesarean Section - a continuum of risk. Good practice*, No. 11, 2010.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

- Chiar înainte de începerea operației este necesară certificarea prezenței activității cordului fetal (BCF). Cezariana nu se efectuează pe făt mort, decât dacă există o altă indicație fermă pentru aceasta (ex. placenta praevia cu sângerare abundantă).
- Dacă este posibil se preferă o evaluare ecografică rapidă a BCF, prezentației și localizării placentei.
- Pregătirea tegumentului: antisepsie cu chlorhexidină sau povidone-iodine.

Această etapă nu trebuie tratată cu superficialitate din dorința de a extrage fătul cât mai repede. Complicațiile infecțioase sunt mai frecvente în cazul operațiilor cezariene efectuate în urgență comparativ cu cezarienele programate [5].

- Antibiotoprophylaxia: va respecta protocolul instituțional. Cefuroxim 1,5 g doză unică, repetată la nevoie, în funcție de durata intervenției chirurgicale și a complicațiilor intraoperatorii, este o opțiune [6]. Având în vedere faptul că administrarea antibioticului se face cu 30–60 minute înainte de incizia tegumentului [7], administrarea intravenoasă a antibioticului se poate face încă de la luarea deciziei de operație cezariană de urgență, înainte de transferarea pacientei în blocul operator.
- Antibiotoprophylaxia este continuată postoperator dacă este necesară din cauza unor condiții materne (ex. protezare valvulară).
- Antitromboprophylaxia: heparină cu greutate moleculară mică, administrată la 6-12 ore *postpartum* și continuată în funcție de factorii de risc trombotic.
- Dacă există factori de risc tromboembolic (antecedente de boală tromboembolică, trombofilie; comorbidități precum insuficiență cardiacă, sindrom nefrotic, cancer; IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$; preeclampsie; hemoragie majoră *postpartum/intrapartum*, pentru care este necesară transfuzie), se recomandă continuarea antitromboprophylaxiei pentru 10 zile [8].
- Montarea sondelor vezicale. Menținerea vezicii urinare în depletie pe parcursul intervenției chirurgicale reduce riscul de lezare a vezicii urinare și a ureterelor și ajută la monitorizarea diurezei. Unii autori recomandă doar golirea vezicii urinare înainte de intervenția chirurgicală [9-11].

MONITORIZAREA PACIENTEI

Trebuie să includă:

- Hemoleucogramă cu numărătoare de trombocite
- Coagulogramă
- Monitorizarea tensiunii arteriale
- Puls
- Electrocardiogramă
- Pulsoximetrie
- Monitorizarea temperaturii.

ANESTEZIA

Poate fi generală sau neuraxială (rahianestezie, epidurală, combinată).

În cazul operației cezariene de urgență este preferată anestezia generală, dar poate fi folosită și rahianestezia. Dacă se optează pentru anestezie neuraxială, medicul anestezist și obstetricianul trebuie să se consulte cu privire la oportunitatea folosirii acestui tip de anestezie (în funcție de gradul de urgență, dificultăți anticipate de intubație sau abord spinal, alimentație recentă). Dacă pacienta are deja un cateter pentru analgezie epidurală se poate lua în calcul administrarea de doze anestezice.

Avantajele anesteziei generale comparativ cu rahianestezia:

- Timp mai scurt de instalare și implicit un timp mai scurt până la extracția fătului
- Nu produce bloc simpatic și vasodilatație, cauză de hipovolemie și hipotensiune
- Preferată în caz de sângerări severe și operații laborioase

Dezavantajele anesteziei generale comparativ cu rahianestezia:

- Transferul fetal de substanțe anestezice
- Sângerare crescută prin efectul de relaxare uterină al anestezicelor inhalatorii [12]
- Nu permite mamei să fie conștientă în momentul nașterii
- Morbiditate mai mare legată de intubația oro-traheală.

CALEA DE ABORD. INCIZIA. TEHNICA OPERATORIE

Pacienta se poziționează ușor înclinată lateral stânga (15–30°) pentru a evita compresiunea venei cave până în momentul inciziei [13].

Ca pentru majoritatea intervențiilor chirurgicale, există mai multe tehnici de realizare a operației cezariene.

INCIZIA

Poate să fie verticală pubo-subombilicală sau transversală (Pfannenstiel). O incizie de minim 15 cm este necesară pentru o extragere facilă și atraumatică a fătului [14]. Alegerea inciziei depinde de existența unei alte cicatrici postcezariană, tipul constituițional al gravidei și preferința operatorului.

Avantajele inciziei verticale:

- Timp mai redus de deschidere a cavității peritoneale
- Sângerare mai redusă
- Poate fi extinsă cu ușurință dacă este necesar un spațiu de abord mai mare
- Este asociată cu o rată mai mică a tulburărilor senzitive la nivel abdominal (leziuni ale nervilor) [15].

Avantajele inciziei transversale:

- Durere postoperatorie mai redusă
- Rezistență crescută a cicatricei
- Rezultat cosmetic superior [16].

Etapele intervenției chirurgicale sunt aceleași cu cele ale unei cezariene obișnuite.

- Deschiderea peritoneului

Poate fi făcută cu bisturiul sau foarfeca sau folosind o pensă Péan. Ambele tehnici sunt acceptate ca având rate similare de complicații intra- și postoperatorii, cu o creștere ușoară a incidenței leziunilor intestinale când sunt prezente aderențe intra-abdominale și deschiderea se face cu instrumente ascuțite [17].

- Secționarea peritoneului vezico-uterin și decolarea vezicii urinare

Reduce riscul producerii leziunilor vezicale atât la histerotomie cât și la histerotomie (figurile 1, 2).

- Histerotomia

Poate fi verticală sau transversală joasă în funcție de prezentare, de poziția placentei și de existența eventualelor leiomioame uterine. Este preferată, de căte ori este posibil, incizia segmento-transversală datorită avantajelor multiple:

- Sângerare redusă
- Sutură facilă
- Rezistență mai mare și risc mai mic de ruptură uterină la o sarcină viitoare
- Risc mai mic de lezare a vezicii urinare prin prelungirea inciziei [18].

Pătrunderea în cavitatea uterină se face prin crearea cu bisturiul a unei mici incizii (figura 3) care se lărgește apoi digital prin tracțiune laterală (figura 4), reducându-se astfel riscul de extindere a tranșei de histerotomie, pierderile de sânge și timpul operator [19,20].

Atunci când este posibil, membrana amniotică se menține intactă până la realizarea completă a histerotomiei.

- Extracția fătului

Operatorul poate fi confruntat cu două situații:

- O extracție comună din prezentare cefalică (figura 5A, B) sau pelviană

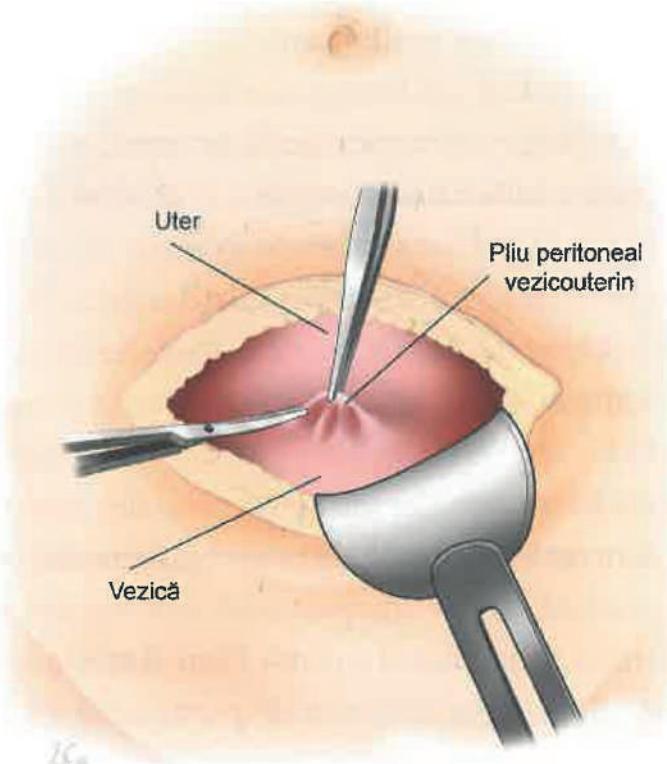


Figura 1. Identificarea pliului peritoneal vezico-uterin (reprodus cu permisiune după Nanu D., Mitroi B., Panaiteșcu A.M., Peltecu G. Operația cezariană. În: Patologie chirurgicală, ediția 2, sub redacția Irinel Popescu și Constantin Ciuce, vol. V, Obstetrică și Ginecologie, coordonator G. Peltecu. Editura Academiei Române, București, 2014).

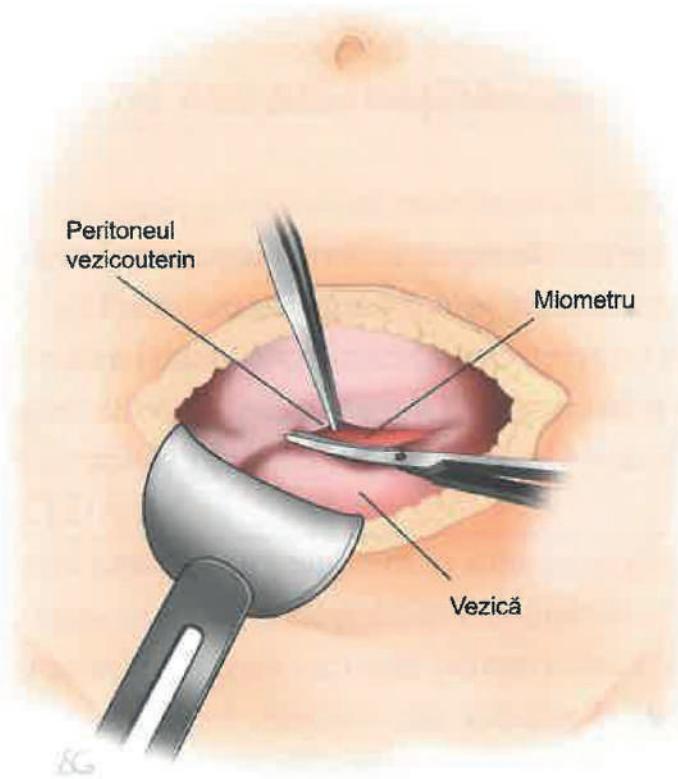


Figura 2. Incizia peritoneului vezico-uterin (reprodus cu permisiune după Nanu D., Mitroi B., Panaiteșcu A.M., Peltecu G. Operația cezariană. În: Patologie chirurgicală, ediția 2, sub redacția Irinel Popescu și Constantin Ciuce, vol. V, Obstetrică și Ginecologie, coordonator G. Peltecu. Editura Academiei Române, București, 2014).

Figura 3. Incizia transversală a segmentului inferior (reprodus cu permisiune după Nanu D., Mitroi B., Panaiteșcu A.M., Peltețu G. Operația cezariană. În: Patologie chirurgicală, ediția 2, sub redacția Irinel Popescu și Constantin Ciuce, vol. V, Obstetrică și Ginecologia, coordonator G. Peltețu. Editura Academiei Române, București, 2014).

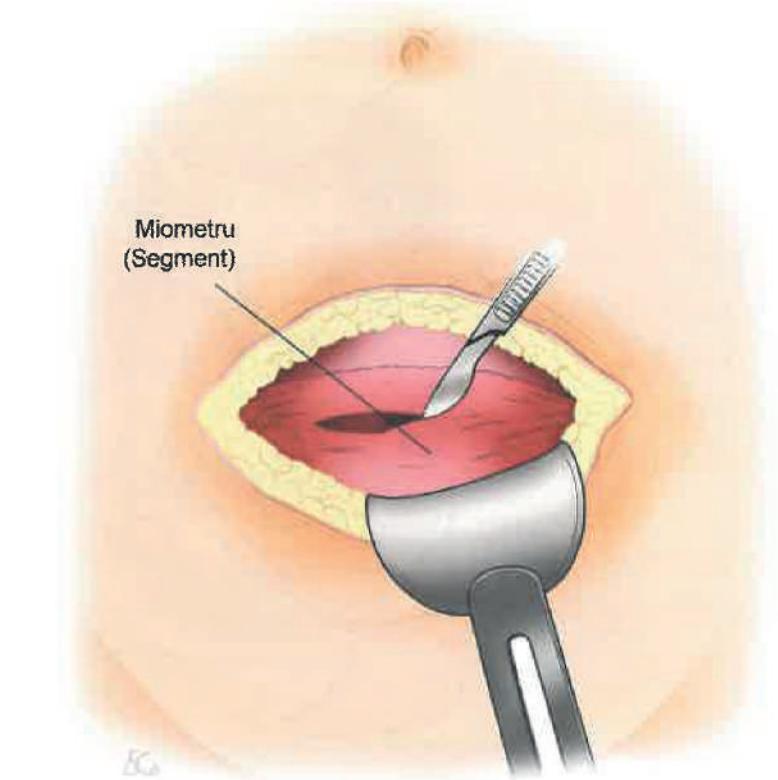


Figura 4. Lărgirea digitală a breșei segmentului inferior (reprodus cu permisiune după Nanu D., Mitroi B., Panaiteșcu A.M., Peltețu G. Operația cezariană. În: Patologie chirurgicală, ediția 2, sub redacția Irinel Popescu și Constantin Ciuce, vol. V, Obstetrică și Ginecologia, coordonator G. Peltețu. Editura Academie Române, București, 2014).

