

PROTocol

RUPTURA PREMATURĂ ȘI PRECOCE DE MEMBRANE

Ruptură prematură de membrane (RPmM) - este definită ca ruperea membranelor la o vârstă gestațională de peste 26 săptămâni de amenoree și sub 37 săptămâni de amenoree complete, cu cel puțin o oră înainte de debutul travaliului.

Ruptură precoce de membrane (RPcM) - este definită ca ruperea membranelor la o vârstă gestațională de peste 37 săptămâni complete de amenoree și se produce cu cel puțin o oră înainte de debutul travaliului.

Corioamniotita reprezintă din punct de vedere clinic procesul infecțios afectând conținutul intrauterin pe parcursul sarcinii.

Corioamniotita prezintă trei forme:

- **CA histologică** caracterizată prin prezența markerilor inflamatori histologici la nivelul membranelor, placentei sau cordonului. Diagnosticul este precizat postpartum.
- **CA bacteriologică** este definită de prezența germenilor în lichidul amniotic sau la nivelul membranelor, placentei sau cordonului. Diagnosticul se poate preciza intra sau postnatal.
- **CA clinică** se asociază cu prezența semnelor și simptomelor precum și a modificărilor biologice caracteristice.

Evaluare și diagnostic

Medicul trebuie să precizeze diagnosticul de RM pe baza:

- anamnezei;
- examenului clinic;
- examinărilor paraclinice și de laborator.

Medicul trebuie să aibă în vedere diagnosticul de RM la o gravidă care acuză eliminare pe cale vaginală de lichid.

Medicul trebuie să suspecteze și să evalueze drept gravide cu risc pentru RPmM și RPcM pacientele care prezintă următoarele date anamnestice:

- sarcină multiplă;
- polihidramnios;
- incompetență cervico-istmică;
- infecții vaginale;
- orice sângerare pe cale vaginală în cursul sarcinii actuale;
- placenta praevia cu/fără sângerare;
- cerclaj cervical, amniocenteză;
- antecedente de RPM la sarcini anterioare;
- multiparitate;
- fibromatoză uterină;
- malformații uterine:
 - uter dublu;
 - uter septet;
 - uter didelf.

Medicul trebuie să utilizeze la consultul obstetrical, specul sau valve sterile.

Medicul trebuie să vizualizeze la examenul cu valve scurgerea de LA opalescent sau meconial pentru diagnosticul clinic.

Medicul trebuie să efectueze următoarele manevre în cazul în care pierderea de lichid nu se produce spontan:

- apăsarea transabdominală pe fundul uterin
- să solicite pacientei să efectueze manevra Valsalva.

Medicul trebuie să stabilească prin examenul cu valve dacă există prolabarea cordonului ombilical. Prolabarea cordonului ombilical impune extragerea fătului viu prin operație cezariană, intervenția având caracter de urgență.

Medicul, în cazurile de dubiu asupra RM, trebuie să indice aplicarea unui torșon vulvar steril, acesta fiind schimbat periodic pentru a se observa îmbibarea cu LA.

Medicul poate să efectueze examinarea ecografică obstetricală transabdominală în cazurile cu suspiciune de RM.

În cazul efectuării examinării ecografice obstetricale transabdominale medicul trebuie să precizeze următoarele date:

- cantitatea de LA prin realizarea indexului amniotic;
- stabilirea vârstei gestaționale;
- stabilirea dezvoltării fetale (biometria fetală);
- evolutivitatea sarcinii;
- stabilirea prezentației;
- localizarea placentei;
- anomalii fetale, anexiale sau uterine.

Examenul ecografic obstetrical transabdominal nu diferențiază un oligoamnios preexistent de o RM, dar reducerea indexului lichidului amniotic în prezența rinichilor fetali normali și absența RCIU impune diagnosticul de RM. De asemenea, se va avea în vedere că o cantitate normală de lichid amniotic nu exclude diagnosticul de RM. Medicul trebuie să verifice pH-ul vaginal pentru diagnosticul RM.

Medicul poate indica efectuarea testului la Nitrazine pentru diagnosticul RM.

Medicul poate indica determinarea fibronectinei și a factorului de creștere insuline-like care leagă proteina-1.

Medicului trebuie să indice efectuarea de culturi din secrețiile cervico-vaginale și în special pentru depistarea Streptococului de grup B.

Medicul trebuie să diagnosticheze prin mijloace clinice și paraclinice specifice complicațiile cele mai frecvente ale RPmM și RpmM.

- Fetale:
 - proccidentă sau prolabare de cordon ombilical;
 - moarte fetală în utero;
 - infecțiile fetale.
- Materne:
 - Corioamniotita;
 - dezlipirea prematură de placentă normal inserată

Medicul trebuie să aibă în vedere posibilitatea apariției corioamniotitei la toate cazurile cu RPmM și RpmM și să adopte o atitudine activă de depistare a acesteia.

Diagnosticul clinic de corioamniotită

Medicul trebuie să suspecteze apariția corioamniotitei la orice gravidă cu RPmM și RpmM care prezintă unul sau mai multe din semnele următoare:

- febră maternă (peste 37,8°C) prezentă la două examinări succesive la interval de 4-6 ore;
- tahicardie maternă;
- scurgeri vaginale modificate;
- leucocitoză maternă

- tahicardie fetală

Medicul trebuie să stabilească diagnosticul de corioamniotită dacă la semnele menționate anterior se asociază scurgeri vaginale purulent-fetide.

Medicul trebuie să indice recoltarea următoarelor probe biologice pentru susținerea diagnosticului clinic de corioamniotită:

- hemoleucograma;
- examinarea microscopică a frotiurilor colorate Gram din lichidul amniotic necentrifugat;
- culturi din lichidul amniotic.

Medicul trebuie să indice determinarea proteinei C reactive pentru susținerea diagnosticului clinic de corioamniotită.

Proteina C reactivă este considerată patologică în cursul sarcinii între 7-20 mg/l.

CONDUITĂ

Medicul trebuie să acționeze pentru prevenirea RPmM și RPcM în situațiile în care există factori de risc. La gravidele cu membrane intacte, sub 34 SA, în prezența contractilității uterine medicul trebuie să indice administrarea de tocolitice. Medicul trebuie să trateze infecțiile vaginale conform antibiogramei.

Medicul trebuie să efectueze cerclajul uterin în incompetența cervico-istmică, în condițiile asanării florei patogene vaginale. Cerclajul uterin poate avea un caracter profilactic sau curativ („la cald”). Rolul său în prevenirea RPmM și RPcM și a nașterii premature este neclar. Se consideră că previne colonizarea microbiană a polului ovarian inferior. Se recomandă asocierea antibioticelor și a tocoliticelor.

În cazul RM confirmate, medicul trebuie să acționeze în funcție de următorii parametri:

- vârsta gestațională;
- examinarea ecografică actuală;
- prezența sau nu a corioamniotitei;
- prezența sau nu a travaliului;
- starea fătului.

RPcM

Medicul trebuie să recomande internarea pacientelor cu RPcM.

Medicull trebuie să evalueze gravida și fătul.

Medicul trebuie să indice administrarea profilactică de antibiotice la 12 ore de la RPcM. Ampicillinum 2 grame im sau iv la 12 ore sau Erythromycinum 250 mg im sau iv la 6 ore.

Se recomandă medicului să finalizeze sarcina imediat după internare și stabilirea diagnosticului.

Medicul trebuie să finalizeze sarcina în RPcM:

- prin operație cezariană în următoarele cazuri:
 - eșecul declanșării farmacologice a travaliului;
 - prezența pelviană;
 - uter cicatricial;
 - status fetal incert (suferință fetală);
 - de urgență în caz de prolabare de cordon

RPmM

RPmM între 26-31 săptămâni de amenoree

Medicul trebuie să evalueze gravida și fătul. Medicul trebuie să indice monitorizarea materno-fetală. Se impune depistarea precoce a semnelor de corioamniotită sau de suferință fetală. Între 26 și 31 SA, medicul trebuie să indice

administrarea de corticosteroizi conform protocoalelor actuale. Medicul trebuie să indice administrarea unei singure cure de corticosteroizi după cum urmează:

- Betamethasonum 2 doze a 12 mg im, la 24 ore interval sau
- Dexamethasonum 4 doze a 6 mg im, la 12 ore interval.

Medicul trebuie să nu indice administrarea de preparate tocolitice în lipsa activității contractile a uterului.

Medicul trebuie să indice administrarea de preparate tocolitice conform protocoalelor în situația în care apar contracții uterine. Medicul trebuie să recomande întreruperea tratamentului tocolitic la 24 de ore după administrarea ultimei doze de corticosteroizi în cazul în care nu există contractilitate uterină.

Medicul trebuie să recomande întreruperea administrării de preparate tocolitice în caz instalare a:

- corioamniotitei;
- status fetal incert (suferinței fetale).

Medicul trebuie să inducă nașterea prematură în caz de complicații materne sau fetale.

Medicul trebuie să aleagă calea de naștere în funcție de condițiile obstetrice și de starea fătului.

RPmM între 32 – 34 săptămâni de amenoree

Medicul trebuie să evalueze gravida și fătul. Între 32 și 34 SA medicul trebuie să indice administrarea de corticosteroizi conform protocoalelor actuale.

Medicul trebuie să indice efectuarea tocolizei până la 34 săptămâni de amenoree în caz de apariție a contractilității uterine.

Medicul trebuie să finalizeze nașterea prematură în caz de complicații materne sau fetale.

RPmM între 34-37 săptămâni de amenoree

Medicul trebuie să evalueze gravida și fătul. Medicul trebuie să nu indice administrarea de corticosteroizi în scopul maturării pulmonare fetale.

Medicul trebuie să nu indice administrarea de preparate tocolitice.

Medicul trebuie să aleagă calea de naștere în funcție de condițiile obstetrice și de starea fătului.

Conduita în cazul corioamniotitei

Medicul trebuie să recomande instituirea unui tratament de primă intenție cu antibiotic cu spectru larg, înainte de a avea rezultatele culturilor bacteriene.

Medicul trebuie să indice administrarea următoarelor antibiotice în asociere până la 3 zile după retrocedarea simptomelor: Ampicillinum, 2 g i.m. sau i.v. la 6 ore + Gentamicinum 1,5mg/kgc, i.v. sau i.m. la 8 ore + Metronidazolom, 500 mg i.v. la 12 ore (sau Clindamycinum 900 mg iv la 8 ore).

Medicul trebuie să modifice tratamentul în funcție de antibiogramă și răspunsul la tratament.

Se recomandă medicului să efectueze operația cezariană pentru:

- CA clinic manifestă;
- indicații obstetrice;
- status fetal incert (suferință fetală).

Medicul trebuie să suspecteze existența unei tromboflebite pelviene septice în condițiile persistenței febrei sub un tratament antibiotic corect.

Medicul trebuie să indice tratamentul specific (anticoagulant) în cazul suspiciunii sau certitudinii unei tromboflebite pelviene septice.

Când operația cezariană se practică după apariția corioamniotitei, medicul trebuie să indice tratament antibiotic în scopul prevenirii complicațiilor acesteia. Medicul poate opta pentru următoarele asocieri de antibiotice:

- Ampicillinum 2g iv la 6 ore + Gentamicinum 1,5 mg/Kgc iv la 8 ore sau
- Benzylpenicillinum 5 milioane UI iv la 6 ore + Gentamicinum 1,5 mg/Kgc iv la 8 ore.

Monitorizarea maternă antepartum

Medicul trebuie să indice aplicarea unui torșon vulvar steril, acesta fie schimbat periodic pentru a se observa îmbibarea cu LA și caracterul acestuia. Medicul trebuie să supravegheze apariția corioamniotitei indicând să se efectueze de 4 ori/24 ore:

- termometrizare;
- determinarea pulsului matern;
- urmărirea caracterului scurgerilor vaginale;
- urmărirea caracterului durerilor abdominale

Medicul trebuie să urmărească apariția și evoluția semnelor clinice ale infecției puerperale.

Medicul trebuie să efectueze monitorizarea clinică și paraclinică a fătului (cardiotocografia). Prezența tahicardiei fetale (peste 160 bătăi/minut) reprezintă un semn tardiv al infecției intraamniotice.