

SARCINA MULTIPLĂ

Gheorghe Paladi, Uliana Tabuica, Ludmila Tăutu
Catedra Obstetrică și ginecologie rezidențiat

Summary

Multiple gestation

Multiple gestation is an actual subject due to the frequent maternal and fetal complications and its continuing increasing incidence as a result of a large application of assistant reproduction technologies.

This article brings in several review data and the results of a clinical study that was based on analyzing 641 women with multiple gestation that were hospitalized in NR.1 Municipal Hospital in the period of 1994-2007. The incidence of multiple gestation was observed to make up 1.01%, the complications we pointed out were - premature rupture of the membranes (67,9%), gestation hypertension (12,4%), preeclampsia (2,9%), placenta previa (1%), abruptio placentae (3,2%), umbilical cord prolapse (2,26%), postpartum uterine atony (4,58%); the medical tactics included the justifiably enlargement of cesarian surgery indications - its rate increased from 20% (1994-1999) to 48% (2000-2007) fact that contributed to a decline of the perinatal mortality from 97‰ to 47,3‰.

Rezumat

Sarcina multiplă e un subiect de mare actualitate datorită complicațiilor frecvente materne și fetale și incidenței sale în continuă creștere ca urmare a aplicării tehnologiilor de reproducere asistată.

În articolul nostru vă prezentăm câteva date de literatură și rezultatele unui studiu clinic ce a avut la bază analiza a 641 de femei cu sarcini multiple internate în SCM Nr 1 pe parcursul anilor 1994-2007. Am constatat că rata gemelării a constituit 1,01%. Complicațiile sarcinii semnalate de noi au fost - ruperea prenatală a pungii amniotice (67,9%), hipertensiune indusă de sarcină (12,4%), preeclampsie (2,9%), DPNI (3,2%), placenta previa (1%), prolabarea anselor cordonului ombelical (2,26%), hemoragia hipotonă (4,58%). Tactica medicală a prevăzut lărgirea indicațiilor pentru operația cezariană rata căreia a crescut de la 20% (1994-1999) la 48% (2000-2007) ceea ce a condus la scăderea mortalității perinatale de la 97 ‰ la 47,3‰.

Sarcina multiplă, grație multitudinii de complicații obstetricale și perinatale pe care le comportă, este atribuită sarcinilor cu risc major. Cu atât mai actual este acest subiect având în vedere creșterea vertiginoasă a incidenței sale în ultimele decenii ale sec.20 și începutul sec.21, ceea ce s-ar datora tehnologiilor de reproducere asistată.

Institutul Francez Național de statistică și Studii Economice semnalează valori record al incidenței sarcinii gemelare în 2000, în comparație cu ultimele două secole (vezi fig.1).

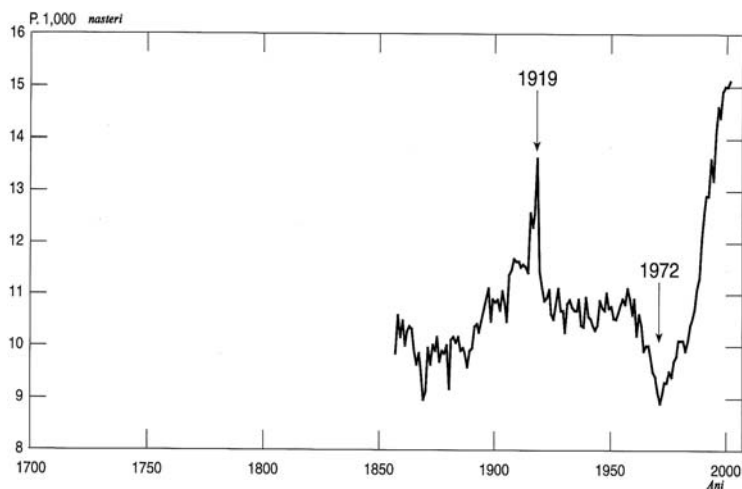


Fig.1 Incidența sarcinii multiple în Franța (1850 - 2000).

Dacă luăm în considerație faptul că ponderea cuplurilor sterile la noi în republică atinge valoarea de 17%, ne putem da bine seama că incidența sarcinilor multiple în perspectivă va crește mult, iar medicii specialiști obstetricieni – ginecologi se vor confrunta din ce în ce mai frecvent cu sarcina multiplă. Iată de ce ne-am propus să revizuiem acest subiect atât teoretic cât și practic efectuând un studiu clinic prezentat în cele ce urmează.

Clasificarea sarcinilor gemelare

Două treimi din sarcinile gemelare (aproximativ 66%) sunt dizigotice (dizigotice-diamniotice) și o treime monozigotice: diamniotice - dicorionice (11%), diamniotice – monocorionice (22%), și monoamniotice – monocorionice (1%).

Gemenii dizigoți apar în urma unei ovulații multiple urmate de fecundarea a două ovocite (adesea din ovare diferite) de către doi spermatozoizi. Gemelăritatea dizigotă nu rezultă în urma acțiunii unor factori teratogeni, ci este expresia unor varietăți fiziologice. Asemănarea dintre gemenii dizigoți și ca și între orice alți frați.

Sarcina gemelară monozigotică este rezultatul fecundării unui singur ovul de către un singur spermatozoid cu ulterioara clivare a blastomerului format. Separarea are loc într-un studiu precoce (1 – 5 zile de fecundare) de blastomer – morulă rezultând configurația dicorionică – diamniotică. Dacă clivarea a avut loc în stadiul de blastocist (zilele 6 – 9), când trofoblastul este deja individualizat, iar amniosul nu este încă format, fiecare buton embrionar va induce propriu amnion rezultând o sarcină monocorionică – diamniotică. Clivarea în stadiul de disc embrionar (după a 10 zi), amnionul fiind individualizat, numai embrionul se divide, ducând la apariția sarcinii monocorionice – monoamniotice. Separarea după formarea axului embrionar primitiv (12 – 13 zi) are ca consecință apariția gemenilor conjugați (vezi Fig.2).

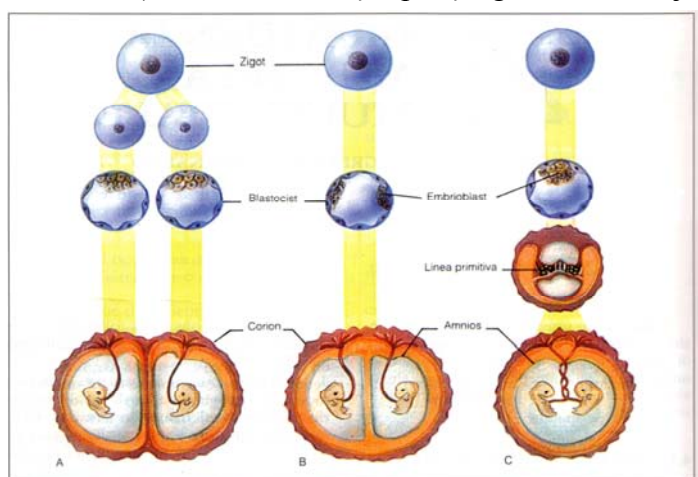


Fig 2 Corionicitatea și amnionicitatea

A. Bichorionic

B. Monochorionic diamniotic

C. Monochorionic monoamniotic

Gemenii monozigotici sunt genotipic și fenotipic identici. Totuși, pe parcursul vieții, în urma influenței diversilor factori de mediu pot apărea diferențe fenotipice, ba chiar și genotipice între gemeni monozigoți. Noțiunea de heterocariotip semnifică discordanța rară citogenetică între gemenii monozigoți.

Etiologia

Sarcinile dizigote variază în funcție de:

a) rasă

Este cea mai mare în rasa neagră (aproximativ la 80 nașteri) și cea mai mică în rasa galbenă (1 : 150 nașteri). Rasa albă are o frecvență de aproximativ 1 : 100 de nașteri. Este de remarcat faptul că rata gemelărității dizigote crește la femeile de rasă galbenă născute în alte zone geografice decât Asia.

b) ereditate

Se consideră, că o genă existentă pe cromozomul 3, are cauză o secreție mai mare de FSH, cu o creștere ulterioară a raportului FSH : LH, ceea ce duce la maturizarea a mai multor foliculi ovarieni și sporirea posibilității apariției sarcinii multiple dizigote.

Prezența gemelării la părinți sau la ascendenții acestora sporește posibilitatea survenirii unei sarcini multiple de 3 ori . Genotipul matern ar juca un rol mai important decât cel patern , în etiologia genetică a gemelării.

c) vârsta

Incidența sarcinii multiple crește cu vârsta datorită sporirii nivelului bazic de FSH , fiind maximă între 35 – 37 ani.

Sunt autori care consideră ca vârsta femeii ar influența și frecvența sarcinilor monozigote.

S-a stabilit că alterarea ovogenezei prin dezechilibru hormonal se întâlnește la vârste foarte tinere (> 20 ani)

d) paritatea

După unii autori creșterea numărului sarcinilor multiple dizigote e proporțională cu paritatea.

e) starea de nutriție

Nivelul crescut de sarcini dizigote în rândul populației de culoare s-ar datora consumului în alimente de rădăcinoase, esențial pe continentul african.

f) inducerea ovulației și fertilizarea în vitro

Inducerea ovulației cu citrat de clomifen crește incidența sarcinilor multiple cu 6 – 8 %, iar după utilizarea gonadotropinei se constată o creștere de 20 – 30 %.Fertilizarea în utero contribuie la creșterea frecvenței sarcinilor multiple în special a celor de ordin înalt. În jur de 23% din sarcinile obținute prin fertilizarea în vitro sunt multiple .

Se cunoaște că **sarcinile monozigote** au o frecvență constantă de 3,5% și nu sunt influențate de factorii de mai sus.

Metode de diagnoză

Cheia succesului evoluției și terapiei (în caz de necesitate) a sarcinii multiple e diagnoza precoce.

Diagnoza clinică o oțitem, ea fiind bine cunoscută de cititori. Cu toate acestea în 1980 o pătrime din sarcinile gemelare rămăneau nediagnosticate până la debutul travaliului.

Astăzi cel mai precis examen paraclinic este ecografia, având o acuratețe în stabilirea diagnozei din cele mai mici termene de 99,3% .

Utilizarea ecografiei permite obținerea de informații deosebit de utile precum ar fi :

- ✓ Prezența anomalii cromozomiale și de dezvoltare
- ✓ „ Fenomenului geamănului tranzitoriu”(prezent în 31,5-57,8%)
- ✓ Amionicitate și corionicitate
- ✓ Retardul de creștere intrauterin
- ✓ Sindromul hemotransfuziei fetu – fetale
- ✓ Prezența fetală
- ✓ Moarte antenatală a unui făt sau a ambilor

De o importanta majora in sarcinile multiple e stabilirea amnionicitatii și corionicitatii. La etapa actuală, fără această informație ar fi imposibilă exercitarea a așa intervenții ca reducerea, fetuciderea selectivă, ar fi greu de adoptat decizii terapeutice în cazul morții intrauterine a unui făt; e bine cunoscut că frecvența complicațiile sarcinilor și nașterilor multiple e în stânsă corelație cu corionicitatea și amnionicitatea.

Pâna la 10 saptamini de sarcina ,diferența dintre sarcina dicorionică și cea monocorionica se face prin observarea inelului corionic ce înconjoara sacul gestational. Între saptamina 10-14 corionicitatea se determină prin stabilirea semnului „lambda” sau „tween-peak” pentru prima oara descris de Finberg în 1992 .

Acest semn se prezintă doar în sarcinile dicorionice și se caracterizează prin forma triunghiulară constituită între tesutul placentaar și foițele membranelor separatoare.El devine greu de individualizat dupa saptamina 16 de gestatie.

În sarcinile monocorionice diamniotice se vizualizează semnul “T”.

In sarcinile triple ,la locul fuzionarii celor trei membrane se determina asa numitul semn „epsilon”



Fig.3 Semnul lamda



Fig. 4 Semnul T

Care ar fi problemele ce trebuie să fie rezolvate sau revăzute de către medicii obstetricieni, ce ar putea, implicit, să îmbunătățească indicii perinatali în sarcinile multiple:

- particularitățile evoluției sarcinii și nașterii și conduita obstetricală în dependență de zigocitate (sutura pe col, tocoliză profilactică etc)
- modalitatea optimă de finalizare a sarcinii (în dependență de termenul sarcinii, prezența intrauterină a feților, zigocitate etc)
- tactica obstetricală în caz de deces antenatal a unui făt
- tactica în caz de sindrom de hemotransfuzie fetofetală
- aprecierea gradului de suferință fetală și momentul și modalitatea de finalizare a sarcinii

Scopul studiului nostru a fost aprecierea incidenței gemelității la pacientele internate pentru naștere în SCM-1 pe parcursul anilor 1994-2007, stabilirea complicațiilor evoluției sarcinii și nașterii, a indicilor perinatali în caz de gemelitate, evidențierea complicațiilor fetale asociate sarcinilor multiple.

Materiale și metode

În studiu au fost incluse 642 paciente cu sarcini multiple, dintre care 5 triplexuri, internate în SCM-1 pe parcursul anilor 1999 -2007. În perioada estimată în clinică au avut loc în total 63745 nașteri, deci incidența sarcinii multiple a constituit 1,01%

Au fost examinate și fișele nou-născuților din sarcinile multiple internați în secția de reanimare.

Rezultate

Vârsta pacientelor a fost sub 20 ani în 7,3%, între 21-28 ani – în 49,3%, între 29 și 34 ani – în 30,1%, peste 34 ani-13,3%, primipare fiind 62,3%, iar multipare – 37,7% femei, dintre care 1/3 – cu a III-a și mai mult sarcină.

În literatură creșterea numărului sarcinilor multiple dizigote e proporțională cu paritatea și vârsta.

Datele noastre diferă deoarece în anii studiați de noi situația demografică din republică a suferit un declin semnificativ, iar numărul multiparelor s-a redus mult.

Evaluând tipul corionicității am constatat dificultăți în înregistrarea ei, fiind prezente date în 211 nașteri (circa 1/3), dintre care în 18 (9,7%) ea a fost monocorială monoamniotică, în 34 cazuri (16,1%) - monocorială biamniotică, în restul 159 nașteri (74,2%) - bicorială.

La repartizarea cazurilor conform termenului de gestație la naștere s-a constatat că în 32 de cazuri (5%) nașterea a survenit la 21 – 28 săptămâni, în 73 cazuri(12%) la 29 – 33 săptămâni, în 182 cazuri(30%) la termenul de 34 – 36 săptămâni și în 315 cazuri (53%) la termen.

Așadar, circa ½ din nașteri au survenit înainte de termen, ce corespunde datelor de literatură, conform cărora prematuritatea este una din cele mai frecvente complicații a gemelității.

Evaluând incidența complicațiilor evoluției sarcinii am stabilit: hipertensiune indusă de sarcină – 12,4% cazuri, preeclampsie – 2,9% femei, DPPNI – 3,2%, placenta previa – 1% caz, polihidramnioză – 13,9%.

Așezarea și prezența fătului la naștere este reprezentată în următorul tabel :

Repartizarea cazurilor conform așezării și prezenței feților

	Prezența și așezarea intrauterină a fătului	N (%)
1.	Cefalică la ambii	169 (42,5%)
2.	Cefalică la 1,alta la al 2	135 (33,92%)
3.	Pelviană la 1,craniană la al 2	25 (6,28%)
4.	Pelviană la ambii	32 (8,03%)
5.	Pelviană la 1 transvers la al 2	28 (7,02%)
6.	Transvers la ambii	9 (2,25%)

În 211 cazuri (48,3%) nașterea s-a terminat prin operație cezariană, dintre care 92 de cazuri – în mod planic și 119 – în mod urgent.

Indicațiile pentru operația cezariană la femeile incluse în studiu au fost în ordinea frecvenței – stările hipertensive (11,84%),prezența patologică ale fătului(9%),fecundare extracorporală (9,48%), insuficiența primară și/sau secundară a forțelor de travaliu (8,53%), decolarea prematură a placentei normal inserate(5,68%), retard în dezvoltarea intrauterină a unui sau ambilor feți (5,21%), prolabarea cordonului ombilical(3,32%).

Analizând termenele de sarcină la care s-a efectuat operația cezariană am stabilit, că marea majoritate a operațiilor de plan (88,4%) au fost efectuate la termene peste 37 săptămâni, iar cele de urgență – în 15,1% s-au efectuat la termene cuprinse între 29 și 33 săptămâni gestaționale, în 42% - între 34 și 36 săptămâni și în 42,9% - după 37 săptămâni gestaționale.

Analizând masa feților la naștere am constatat că doar 44,8% din feții născuți din sarcinile gemelare avea masa mai mare de 2500 g, pe când 48,1% s-au născut cu masa mică (între 1500 și 2500g), iar 7,1% - cu masa extrem de mică (sub 1500g).

De menționat că, deși au fost înregistrat un nivel înalt al masei mici la naștere, determinată, în primul rând, de prematuritate, starea nou-născuților în majoritatea cazurilor (71,9%) a fost apreciată cu 7 și mai multe puncte după scorul Apgar, în 26,8% fiind apreciată ca asfixie medie (4-6 puncte) și în 1,1% - ca asfixie gravă (1-3 puncte).

În evoluția travaliului sarcinilor multiple cele mai frecvente complicații au fost ruperea prenatală a pungii amniotice(67,9%),insuficiența forțelor de contracție(10,5%),placenta aderents(4,9%), hemoragia hipotonă (4,58%),prolabarea anșelor cordonuui ombelical(2,26%).

Fiind cunoscut că intervalul dintre nașterea feților este o condiție importantă a stării fătului II, l-am evaluat în cazurile incluse în studiu.Astfel, în marea majoritate a cazurilor (85,9%) intervalul dintre nașterea feților a fost mai mic de 10 min, în 12,4% fătul II s-a născut peste un interval cuprins între 10 și 20 minute și doar în 1,6% cazuri - peste mai mult de 20 minute.

Mortalitatea și morbiditatea perinatală fiind unul din cei mai sensibili indicatori ai calității asistenței medicale perinatale, acești indicatori au fost evaluați din mai multe aspecte.

Morbiditatea neonatală precoce s-a stabilit prin analiza cazurilor de internare a nou-născuților în secția de reanimare și terapie intensivă. Astfel, encefalopatia hipoxico-traumatică a fost constatată la 18,2% din nou – născuți , leziuni hipoxico-ischemice ale SNC – la 15,2% copii, edem cerebral la aproximativ 4,8%, sindromul detresei respiratorii în 26,7% din cazuri, pneumopatie la 47,2% din nou-născuți; bronhopneumonie la 10,7% nou-născuți, infecție intrauterină – în 55,7% din cazuri. Dintre toți nou-născuții din duplex 27,13% s-au născut cu hipotrofie gr. I, 7,43 % – cu hipotrofie de gr. II și 4,1% – cu hipotrofie de gr. III.

Am comparat raportul dintre rata cezarienelor și mortalitatea perinatală pe două perioade de timp 1994 – 1999 și 2000 – 2007, constatând o dată cu creșterea ratei cezarienei (de la 22,8% la 48,3%) o scădere foarte semnificativă, practic dublă (de la 97‰ la 47,3‰) a mortalitatea perinatală.

Deasemenea suntem de acord cu faptul că extragerea fătului doi prin manevre obstetrice e de prefat având rezultate mai bune decât extragerea lui prin cezariană.

Indicatorii perinatali

1.	Mortinatalitatea în nașterile multiple	28,18‰
2.	Mortalitatea <i>neonatală precoce</i> în nașteri multiple	20,3‰
3.	Mortalitatea <i>perinatală</i> în nașterile multiple	47,35‰
4.	Mortalitatea perinatală în raport cu modalitatea nașterii - după operația cezariană - după nașterea naturală	33,17‰ 60,2‰
5.	Mortalitatea perinatală în raport cu termenul de gestație - la termen - premature	13,1‰ 83,9‰

Concluzii

Frecvența înaltă a complicațiilor evoluției sarcinii și nașterii la pacientele cu duplex, necesitatea sporită în diverse operații și intervenții, la fel și indicii perinatologici nefavorabili la pacientele cu duplex impun necesitatea unei atitudini mai atente în conduita pacientelor din acest contingent și permit atribuirea gemelității către factorii de risc major pentru morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală.

Complicațiile frecvente ale evoluției sarcinii, în special, a prematurității, impune necesitatea eliberarea concediului prenatal la femeile cu duplex începând cu 25 săptămâni gestaționale, ce va permite, implicit, prevenirea nașterii premature.

Indicii perinatali mai favorabili după operația cezariană permit concluzionarea, că este necesară lăgirea indicațiilor pentru efectuarea operațiilor cezariene.

Extragerea fătului doi prin manevre obstetricale e de prefefat având rezultate mai bune decât extragerea lui prin cezariană

Bibliografie

1. Marie M .Clay University of New Zealand – Quadruplets and Higher Multiple Births
2. Bell.D, Johanson D, McLean FH,et al ; Birth asphyxia , trauma and mortality in twins; Has cesarean section improved outcome.
3. Munteanu Ioan. Tratat de Obstetrică .Ediția Academiei Române 2004.
4. Benirschke K: The biology of the twinning process: How placentation influences outcome
5. Cunningham, MacDonald, Gant, et al (eds). Williams Obstetrics, 20 Edition ,1997
6. Hofmeyr GJ,Hannah ME.Planned Caesarean section for term breech delivery
7. Crowther CA, Caesarean delivery for the second twin (Cochrane Review) Oxford
8. Cruickshank DP. Malpresentations and Umbilical Cord Complications In : Danforth' s Obstetrics and Gynecology, Sixth edition.

PIERDERILE REPRODUCTIVE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN CONTEXT CU SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ ACTUALĂ

P. Roșca, Eudochia Gaidău, V. Fruptu, Tatiana Revencu, Ana Musteață, Liliana Profire
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Reproductive losses in the Republic of Moldova within the actual demographic context

Reproductive losses and the socio-demographic situation have a great impact on the population reproduction; that is they influence each other and the population reproduction in to