

V. CIOBANU^{1,2}, ALINA CRACIUN^{1,2}, IRINA GUDUMAC², V. REZNEAC²,
TATIANA NICHITINA³, NATALIA SCLIFOS³, NATALIA RAIU³

CONDUITA CAZURILOR CLINICE CU LOCALIZAREA ȘI INSERȚIA PATOLOGICĂ A PLACENTEI

1 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",

2 Institutul Mamei și Copilului

3 Spitalul Internațional privat Medpark

SUMMARY

THE MANAGEMENT OF CLINICAL CASES WITH THE LOCATION AND PATHOLOGICAL INSERTION OF THE PLACENTA

Placenta praevia and placenta accreta spectrum represents one of the most morbid conditions obstetricians will encounter.

The management of placenta accreta spectrum disorders remains undefined and it is determined by the capacity to diagnose invasive placentation before the operation and determine the depth of villous invasion. The diagnosis of invasive placenta before delivery allows multidisciplinary planning, making it possible to minimize potential maternal or neonatal morbidity and mortality.

Here we have 6 clinical cases of pregnancies with placenta praevia and pathological inserted placentas. The women have been operated in the last 2 years in the RM. The medical approach for each case is described.

РЕЗЮМЕ

ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ И ИНСЕРЦИИ ПЛАЦЕНТЫ

Патология локализации и инсерции плаценты представляют собой одну из самых сложных акушерских патологий и одну из главных причин заболеваемости и смертности беременных. Подход к пациенткам с предложением и глубоким вращением плаценты зависит от возможностей предоперационной диагностики и определения глубины ее проникновения, а также присутствия какой-либо симптоматики. Ранняя диагностика позволяет провести своевременную запланированную операцию, уменьшая возможные осложнения.

Представляем вашему вниманию 6 клинических случаев беременностей с предлежанием и патологическим прикреплением плацент. Женщины были оперированы в течение последних двух лет в РМ. Описан акушерский подход к каждому из случаев.

Localizarea și inserția patologică a placentei sunt probleme dintre cele mai actuale în domeniul obstetricii. Placenta praevia este placenta localizată în întregime sau parțial în segmentul inferior al uterului. Placenta invazivă (accreta, increta, percreta) reprezintă aderența excesivă a placentei la peretele uterin sau invadarea profundă a peretelui uterin de către aceasta. Rata diagnosticului de placenta praevia și placenta invazivă a crescut semnificativ în ultimele decenii, unul din principalii factori fiind uterul cicatricial, iar prevalența crescută a nașterilor prin operație cezariană segmento-transversală amplifică exponențial acest risc [1]. Morbiditatea și mortalitatea maternă din această cauză sunt considerabile, consti-

tuind cea mai frecventă cauză de histerectomie în cadrul operației cezariene.

Conduita nașterii în cazurile de placenta praevia și invazivă va fi întotdeauna prin operație cezariană, cu pregătirea prealabilă a disponibilității de sânge și produse izogrup, izo-Rh. Managementul chirurgical este variabil, neexistând în prezent un protocol standardizat. RCOG recomandă ca incizia uterului să fie efectuată la distanță de localizarea placentei, pentru un eventual management conservator al placentei cu decizie intraoperatorie de histerectomie; incizia direct prin placenta trebuie evitată, deoarece se asociază cu o hemoragie mai mare

[2]. În obstetrica contemporană, în scopul diminuării hemoragiei intraoperatorii, se poate efectua ligatura arterelor iliace interne sau se poate utiliza cateterul cu balon pentru ocluzia arterei uterine, arterei iliace interne, a arterei iliace comune, dar FIGO susține că dovezile disponibile actualmente sunt insuficiente pentru formularea de concluzii și recomandări privind utilizarea acestei metode [1]. Managementul conservator cu abandonarea placentei in situ micșorează riscul de hemoragie, dar crește riscul complicațiilor de natură infecțioasă și cel de dezvoltare a sinechiilor uterine.

Prezentăm în continuare 6 cazuri clinice cu diagnostic de sarcină cu localizare și inserție patologică a placentei supuse intervenției chirurgicale pe parcursul ultimilor 2 ani, în două clinici din republică, descriind în detaliu abordarea terapeutică pentru fiecare caz în parte.

Caz clinic 1. Pacienta T. N., 36 ani

Internată în mod urgent în secția Reanimare și Terapie Intensivă Femei, Institutul Mamei și Copilului, pe data de 14.12.2016, cu diagnosticul: *Sarcină 32-33 săpt. GVI, NIV. AOC. Uter cicatriceal după operație cezariană în 2012, 2 a/sp. Preeclampsie severă complicată cu MODS cu prevalarea insuficienței renale acute – oligurie. Insuficiență respiratorie acută. Disfuncție hepatică cu sindrom HELLP. Hipoxie cronică intrauterină a fătului. Retard fetal 3-4 săpt. Insuficiență circulatorie gr. IB. IVMt gr.I, IVTr gr.I, IC gr.II NYHA. Tahicardie paroxistică. Pielonefrită cronică faza latentă. Localizare și inserție patologică a placentei.*

La internare acuză cefalee, vertij, valori ridicate ale TA – 150/100 mmHg, edeme moderate. Tratament nu a urmat. În mod consultativ, se decide efectuarea investigațiilor clinice și complexe, inițierea terapiei antihipertensive, anticonvulsivante, sedative, profilaxia sindromului detresei respiratorii la făt, monitorizarea stării generale a gravidei și a stării intrauterine a fătului. Luând în considerare inserția patologică a placentei la 32-33 săpt, retardul fetal 3-4 săpt, complicat cu preeclampsie severă, se decide finalizarea sarcinii prin operație cezariană în mod planic după administrarea completă a dozelor de dexametazonă.

Din datele examenelor paraclinice și de laborator la internare:

Analiza generală a sângelui – Hb – 121 g/l, Er – 3,8 x10¹²/l, Ht- 0,36%, Trombocite – 260 x10⁹/l, Leucocite – 10,9 x10⁹/l, Nesegmentate – 6%, Segmentate – 69%, Limfocite – 22%, Monocite – 3%.

Analiza biochimică a sângelui: Protrombină – 89%, Fibrinogen – 4,88 g/l, Proteină totală – 67,6 g/l, Ureea – 9,4 mmol/l, Bilirubina totală – 9,9 mcmol/l, Bilirubina conjugată – 0 mcmol/l, Creatinina – 66,5 mcmol/l, ALAT – 40,7 U/l, ASAT – 59,6 U/l, Potasiu – 5,79 mmol/l, Sodiu – 153,0 mmol/l.

Analiza generală a urinei: Densitatea relativă – 1021, Proteine – 2,75 g/l, Leucocite – 1-2 c/v, Eritrocite – 30-40 c/v.

USG (14.12.16) – Prezență craniană a fătului. Placenta anterior, praevia, neomogenă, grad I, cu lacune. LA- 24 mm, volum redus. Lungimea colului uterin 53 mm. Circulară cervicală de cordon ombilical, inserție vilamentosă. Suspecție la placenta percreta în segmentul inferior.

Luând în considerare agravarea stării generale a pacientei, pe fond de terapie antihipertensivă, a fost convocat consiliul medical (Consultantul secției RTI femei, Directorul Centrului de Perinatologie de nivel III, medicii reanimatologi RTI femei, șef secție reanimare nou-născuți). A fost luată decizia de finalizare a sarcinii la indicații medicale urgente ce vizează starea mamei și a fătului, prin operație cezariană urgentă.

Protocol operator (15.12.2016, la 10:14 – 16:20): *Laparotomie Phannenstiel. Operație cezariană în segmentul inferior. Histerectomie totală cu anexe bilateral. Aplicarea epicistostomei cu suturarea defectului vezicii urinare. Tamponada, drenarea spațiului parametral pe dreapta.* Sub anestezie generală, a fost deschisă cavitatea abdominală pe straturi anatomice, hiperhidratate. La revizia uterului, se determină segmentul inferior bombat, intens vascularizat, semn de “cap de meduză” (fără hemoragie). Locul inserției placentei cu concreștere în miometru și vezica urinară. Starea cicatricei, imposibil de vizualizat. Mai sus de inserția placentei, s-a deschis cavitatea uterului cu incizie semilunară, fără dificultăți, fiind extras fătul, cu circulară triplă de cordon ombilical. LA meconial, fluid. În momentul inciziei pe uter și deschiderii pungii amniotice, pacienta a manifestat stop cardiac. După extragerea fătului, gen feminin, masa 1150 g, scor Apgar 5/7 puncte, uterul a fost exteriorizat în plagă, s-au aplicat pense hemostatice. A fost întrerupt cursul operației pentru efectuarea manevrelor de resuscitare a pacientei. După restabilirea funcției cardiorespiratorii, s-a prelungit intervenția chirurgicală. S-a constatat placenta aderată intim cu concreștere în vezica urinară și peretele uterin. S-a luat decizia de a efectua extirparea uterului. În timpul efectuării histerectomiei totale cu anexe bilateral, a fost depistată trauma vezicii urinare, cauzată de concreșterea placentei în ea. A fost solicitat medicul urolog. A fost suturat defectul în vezica urinară și aplicată cistostoma. Pe tot parcursul intervenției cheaguri sangvine nu s-au format. S-a efectuat drenarea spațiului retroperitoneal pe dreapta, după detașarea peritoneului parietal și suturarea lui. Hemoragie activă nu s-a constatat. S-a drenat cavitatea abdominală și cu scop hemostatic s-a efectuat tamponada bontului vaginal. Toaleta repetată a cavității abdominale. Cavitatea abdominală închisă pe straturi anatomice. Hemoragia totală – 11 litri.

Intervențiile chirurgicale au fost efectuate cu anestezie generală intravenoasă cu mioplegie și ventilare mecanică. La efectuarea inciziei pe uter, s-a constatat stop cardiac, apreciat ca suspecție la sindrom embolic (embolie cu

lichid amniotic), moarte clinică. Între orele 10:24 – 10:40 au fost efectuate măsuri de resuscitare (masaj cardiac extern, defibrilații nr. 3, s-a administrat intravenos adrenalină, atropină, dexametazonă). Ritm sinusal restabilit. Intervenția chirurgicală s-a complicat cu hemoragie masivă (total – 11 litri). A fost efectuată terapia de repleție volemică, corecția anemiei și a factorilor de coagulare (masă eritocitară, masă trombocitară, PPC, crioprecipitat), urmată de șoc hemoragic gr. IV decompensat, cu anemie posthemoragică gr. IV, sindrom CID faza hipo-hiper-coagulare. Pe parcursul perioadei imediat postoperatorii, s-a efectuat corecția factorilor de coagulare, a anemiei, a echilibrului acido-bazic, hidrosalin, s-a administrat terapia de corecție a edemului cerebral acut. Pe tot parcursul intervenției, după resuscitare, pacienta a menținut indicii hemodinamici pe fond de administrare a vasopresorilor. Terapia infuzională – 27,5 litri.

La orele 23:50, pacienta a fost transferată în secția RTI femeii, pentru continuarea terapiei intensive. Starea generală a pacientei rămâne extrem de gravă (la respirație mecanică dirijată). La orele 00:45, survine stop cardiac. Moarte clinică. Au fost inițiate manevrele de resuscitare cardiacă (adrenalină, defibrilare nr. 7, masaj cardiac extern). Măsurile de resuscitare pe fond de acidoză metabolică pronunțată (pH =7,15), se constată a fi fără efect – pacienta refractară la tratament. La orele 01:15, se constată moartea biologică.

Diagnosticul de bază în epicriză: Naștere la termenul de 32-33 s.a. prin operație cezariană urgentă. Preeclampsie severă complicată cu disfuncție poliorganică cu predominarea injuriei renale acute – oligurie, insuficiență respiratorie acută, hepatică acută (sindrom citolitic), sindrom HELLP. Inserție patologică a placentei – placenta praevia percreta.

Complicații: Sindrom embolic acut (suspecție la embolie cu lichid amniotic). Șoc cardiopulmonar. Stop cardiac intraoperator. Moarte clinică. Sindrom CID. Hemoragie masivă (11 litri) intraoperatorie. Șoc hemoragic gr.IV. Edem cerebral acut. Comă. Insuficiență cardiovasculară acută. Sindrom postresuscitar. Sindrom TRALI (de hemotransfuzie masivă). Histerectomie totală cu anexe. Epicistostomie. Drenarea spațiului retroperitoneal.

Concomitent: Restricție de creștere intrauterină a fătului. Hipoxie fetală intrauterină. IVM gr.I, IVTr gr.I, IC II NYHA. Tahicardie paroxistică. Pielonefrită cronică bilaterală.

Cauza decesului: Insuficiență poliorganică determinată de șoc cardiopulmonar prin embolie pulmonară cu lichid amniotic și hemoragie persistentă masivă soldată cu măsuri specifice de resuscitare după moartea clinică de 16 minute.

Caz clinic 2. Pacienta D.V., 29 ani

Internată în mod urgent în secția Reanimare și Terapie Intensivă Femeii, Institutul Mamei și Copilului, pe 16.12.2016, cu diagnosticul: *Sarcină 33 s.a., GIII, NIII.*

AOC. Uter dublu cicatriceal după 2 operații cezariene, 1 naștere prematură și un caz de moarte antenatală a fătului. Placenta praevia percreta. Preeclampsie moderată. Anemie gr.III.

Gravida a fost transferată din SR Cahul din cauza hemoragiei din căile genitale de pe data de 15.12.2016, în volum de aproximativ 500 ml (din spusele pacientei). La USG se apreciază placenta praevia increta. La transfer – hemoglobina 66 g/l. Acuze la internare – slăbiciune generală. La examenul vaginal per speculum: colul uterin excentric, dur, scurtat la 2,5 cm, închis, eliminari vaginale mucoase.

În mod consultativ, a fost luată decizia de investigare clinico-paraclinică complexă a pacientei, inițierea terapiei de corecție a echilibrului hidrosalin și acidobazic, corectarea nivelului de hemoglobină, consultația medicului hematolog, monitorizarea parametrilor vitali și de laborator. Luând în considerare vârsta sarcinii 33 s.a., NIII, uterul bicatriceal după operațiile cezariene în 2011 și 2014, placenta praevia increta, s-a luat decizia de a termina sarcina prin operație cezariană planică la termen optimal. A fost formată echipa operatorie, anunțată camera de sânge. În cazul apariției eliminărilor sangvinolente din căile genitale sau de înrăutățire a parametrilor vitali, sarcina se va termina prin operație cezariană în mod urgent.

Din datele examenelor paraclinice și de laborator la internare:

Analiza generală a sângelui: Hb – 66 g/l, Er- 2,2 x10¹²/l, Ht – 0,20%, Trombocite – 218 x10⁹/l, Leucocite – 6,8 x10⁹/l, Nesegmentate – 6%, Segmentate – 71%, Eozinofile – 0%, Limfocite – 20%, Monocite – 3%, timpul de coagulare – 4,20-4,55 min.

Analiza biochimică a sângelui: Indicele protrombinic – 90%, fibrinogen – 4,0 g/l, proteină totală – 66 g/l, ureea – 5,1 mmol/l, bilirubină totală – 12 mcmmol/l, ALAT – 16,7 U/l, ASAT – 50,0 U/l, potasiu – 4,37 mmol/l, sodiu – 150 mmol/l, calciu – 2,39 mmol/l.

Analiza generală a urinei – reacția neutră, transparentă, proteine – negativ, epiteliu – 1-3 c/v, eritrocite – 1-3 c/v, leucocite – 30-50 c/v, pe alocuri îngrămădiri mari de leucocite, urați +, bacterii +.

USG (16.12.16) – Prezență craniană a fătului. BCF – 115 b/min. Echo-Doppler a a.ombilicale: PI – 0,99, RI – 0,65, S/D – 2,88. BPD – 80 mm – 32 săpt + 3 zile, HC – 301 mm – 33 săpt + 3 zile, AC – 284 mm – 31 săpt + 4 zile, FL – 61 mm – 31 săpt + 5 zile, Masa probabilă a fătului – 1969 g, corespunde la 32 săpt + 1 zi. Placenta anterior, grad I, difuz neomogenă. LA – 64 mm. Cordonul ombilical cu inserție excentrică. Lungimea colului uterin – 33 mm. Placenta acoperă orificiul intern – praevia marginală. Segmentul uterin inferior – 8,1 mm. În segmentul inferior pe stânga, la nivelul cicatricei, miometrul nu se vizualizează, suspecție la placenta increta.

S-a efectuat corecția anemiei cu concentrat eritrocitar, profilaxia detresei respiratorii la făt, corecția echilibrului acidobazic și hidrosalin, în mod consultativ se decide finalizarea sarcinii prin operație cezariană planică pe 20.12.2016.

Protocol operator: *Laparotomie Phannenstiel. Operație cezariană. Histerectomie totală fără anexe, cu decolarea placentei de pe peretele vezicii urinare și sutura defectului. Drenarea cavității abdominale.* A fost efectuată laparotomia mediană, cu incizia corporală a uterului. La 09:57, a fost extras un făt viu de gen masculin, masa 2040 g, lungimea 45 cm, scor Apgar 8/8 p. Placenta percreta cu penetrare în vezica urinară. Placenta nu a fost decolată. S-a efectuat histerectomia totală fără anexe în mod clasic. Placenta decolată de peretele vezicii urinare. Peretele vezicii urinare suturat cu catgut. Drenarea cavității abdominale. Hemoragia totală – 1000 ml. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Din datele examenelor de laborator la externare:

Analiza generală a sângelui: Hb – 110 g/l, Er – $3,5 \times 10^{12}/l$, Ht – 0,33%, Leucocite – $11 \times 10^9/l$, Nesegmentate – 4%, Segmentate – 70%, limfocite – 21%, monocite – 5%.

Analiza biochimică a sângelui: Indicele protrombinic – 100%, fibrinogen – 4,0 g/l, proteină totală – 62 g/l, ureea – 3,88 mmol/l, bilirubina totală – 16 mcmol/l, ALAT – 14 U/l, ASAT – 29 U/l, potasiu – 4,66 mmol/l, sodiu – 134 mmol/l, calciu – 2,0 mmol/l.

Analiza generală a urinei: Reacția neutră, transparentă, epiteliu – 0-1 c/v, leucocite – 0-1 c/v, eritrocite – 1-3 c/v.

Pe 27.12.2016, lăuza și nou-născutul au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

Caz clinic 3. Pacienta P. O., 31 ani

Internată pe 19.12.2016, în secția Patologia Gravidații și Urgențe Obstetricale, Institutul Mamei și Copilului, cu diagnosticul: *Sarcină 36 s.a. + 2 zile. GII, NI. AGC, 1 sarcină extrauterină 2015. Sterilitate primară, 5 ani. Placenta praevia totală.*

La internare, pacienta acuza dureri lombo-abdominale slabe, fără caracter contractil. La examinarea per speculum s-a determinat colul uterin centrat, scurtat la 3,5 cm, canalul cervical închis.

Din datele examenului de laborator:

Analiza generală a sângelui: Hemoglobina – 117 g/l, eritrocite – $3,8 \times 10^{12}/l$, indicele de culoare – 0,92, hematocritul – 0,36%, trombocite – $192 \times 10^9/l$, leucocite – $7,6 \times 10^9/l$, nesegmentate – 10%, segmentate – 62%, eozinofile – 2%, limfocite – 25%, monocite – 1%, VSH – 25 mm/h.

Analiza biochimică a sângelui: Protrombina 92%, fibrinogen – 4,0 g/l, proteină totală – 53 g/l, ureea – 3,35 mmol/l, bilirubină totală – 7,6 mcmol/l, ALAT – 15,50 U/l, ASAT – 10,49 U/l, Potasiu – 3,74 mmol/l, Sodiu –

143 mmol/l, Calciu – 2,26 mmol/l. Grupa IV (AB), Rh pozitiv.

Analiza generală a urinei: transparentă, densitatea – 1021, epiteliu – 10-14 c/v, leucocite – 3-4 c/v

În mod consultativ, s-a decis finalizarea sarcinii prin operație cezariană în mod planic la 37 s.a. A fost informată camera de sânge, comandată plasmă proaspăt congelată și concentrat eritrocitar. În caz de apariție a complicațiilor, conduita nașterii – prin operație cezariană în mod urgent. Volumul intervenției chirurgicale se va stabili intraoperator. Acordul pacientei a fost primit.

Protocol operator (26.12.2016): *Laparotomie Phannenstiel. Operație cezariană în segmentul inferior. Histerectomie totală fără anexe. Drenarea cavității abdominale.* În condiții aseptice, sub anestezie epidurală, s-a efectuat abord abdominal tip Phannenstiel. Denudat segmentul inferior al uterului. Pe o porțiune aproximativ 4x5 cm, în segmentul uterin inferior, se vizualizează o porțiune bombată, de culoare violacee – suspectată placenta praevia, parțial percreta. S-a efectuat incizia pe uter, mai sus de inserția placentei, s-a extras fătul, separat de mamă, transmis moașei. S-a administrat sol. Oxitocină 10 ml în miometru. Placenta decolată manual. În regiunea lojei placentare – segmentul inferior, anterior, cu trecere pe colul uterin – se vizualizează hemoragie activă. S-a decis de a aplica pense pe rebordurile uterine cu scop hemostatic, dar fără efect. S-a tamponat loja placentară, fără efect. În interes vital, s-a decis de a efectua histerectomie totală fără anexe. Aplicate pense pe ligamentele proprii ovariene, ligamentele rotunde, incizate, suturate. Detașat ligamentul lat, aplicate pense pe arterele uterine, incizate, suturate. Prin incizie circulară, extirpat uterul cu colul uterin. Suturarea bontului vaginal. Controlul hemostazei. Drenarea cavității abdominale. Toaleta cavității abdominale. Restabilirea integrității peretelui abdominal anterior pe straturi. Hemoragia totală – 1500 ml.

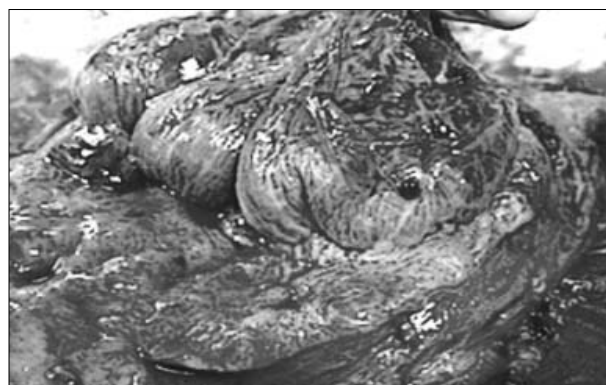


Fig. 1. Preparatul postoperator

Pacienta a fost transferată în secția Reanimare și Terapie Intensivă Femei pentru monitoring și tratament. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Analiza generală a sângelui (postoperator): Hemoglobina – 90 g/l, eritrocite – $2,9 \times 10^{12}/l$, hematocritul – 0,27%,

leucocite – $6,2 \times 10^9/l$, nesegmentate – 6%, segmentate – 58%, eozinofile – 0%, limfocite – 28%, monocite – 8%.

Pe 31.12.2016, lăuza și nou-născutul au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

Caz clinic 4. Pacientă, 33 ani

Internată în Spitalul Internațional privat Medpark, cu diagnosticul: *Sarcina 37 săpt.GIII, NIII. AOC. Uter dublu cicatriceal după 2 operații cezariene în 2011, 2014. Placenta praevia centrală, cu defundare patologică (percreta). Anemie feriprivă gr. I.*

La internare starea generală satisfăcătoare. Acuze nu prezintă.

Din datele examenelor paraclinice și de laborator efectuate:

Investigații de laborator efectuate: glucoza serică, analiza generală a sângelui (22 parametri), Factorul 1 al coagulării (Fibrinogen), Protrombină Quick, INR – valori în limitele normelor.

Ecografia transabdominală în trimestrul III de sarcină cu dopplerometria fetoplacentară (16.01.2017): Sarcină monofetală în evoluție, ce corespunde la 36 săpt + 5 zile. Așezare transversală a fătului. Placenta acreta parțială segmentară? Placenta cu structură neomogenă, cu multiple lacune venoase, semne de penetrare în miometru în segmentul anterior, posibil și la nivel superior de cicatricea postcezariană. La nivel de ostium cervical intern decidua bazalis cu aspect obișnuit. Segmentul inferior cu grosimea de 3,49 mm, în zona de penetrare 1,52 mm. Peretii vezicii urinare cu aspect ecografic aparent obișnuit.

Examinare RMN fără contrast, Magnetom Siemens Essenza – 1.5 Tesla (17.01.2017): Rezultatul investigației confirmă suspjecția de penetrare patologică a placentei: pe secvențele T2-p, în proiecțiile sagitale, coronale și axiale se determină placenta previa completă, cu extindere pe peretele anterior până la $\frac{1}{2}$ de înălțime a uterului, măsurând cca 17.5 cm cranio-caudal, grosimea cca 6.7 cm. Placenta increta – miometriul subțiat sever la nivelul inserției placentei, aparent liniar. Placenta bogat vascularizată, cu traiect sinuos al vaselor, prezintă o structură neomogenă, din contul modificărilor degenerative. Vezica urinară: conturul intern incert, la orele 12-1, pe o lungime de cca 3 cm (placenta percreta?), conținut omogen.

Luând în considerare sarcina matură care a evoluat pe fond de uter cicatriceal postcezariană (2 operații cezariene 2011/2014), în contextul unui făt situat în poziție transversală și placentății patologice – placenta praevia centralis cu penetrare patologică segmentară – s-a decis de a finaliza cursul actualei sarcini prin operație cezariană electivă în data de 20.01.2017. Gravida a fost consiliată vizavi de conduita obstetricală abordată, oferind consimțământul, fiind informată despre riscurile pe care

le comportă actul chirurgical raportat la situația obstetricală prezentă. Gravida conștientizează seriozitatea și complexitatea abordării interdisciplinare și realizează, din informația oferită, că rezultatul chirurgical poate fi histerectomia cu scop de hemostază radicală după indicații vitale materne.

Protocol operator: *Laparotomie mediană. Operație cezariană în segmentul inferior. Histerectomie totală fără anexe. Suturarea defectului vezicii urinare. Drenarea cavității abdominale.* În condiții aseptice, sub anestezie generală, s-a dezinfectat și s-a izolat câmpul operator. S-a efectuat abord abdominal prin incizie mediană inferioară. Uterul gravid – la nivelul cicatricei postcezariene, pe segmentul inferior placenta defundată până la tunica seroasă. Incizia corporală a uterului. Fătul extras de picioruș, separat de mamă, transmis moașei. S-a depistat defundarea patologică a placentei în colul uterin și țesutul prevezical. S-a decis efectuarea histerectomiei totale fără anexe. Bilateral pe anexe au fost aplicate pense și contrapense, excizate, suturate și ligaturate. Pe pachetele vasculare bilateral, s-au aplicat pense și contrapense, incizare, suturare, ligaturare. S-a mobilizat și s-a excizat preparatul la nivelul treimii de sus a bolții vaginale. La revizie, s-a depistat defect al vezicii urinare la nivelul fundic-posterior. S-a suturat defectul vezicii incontinuu în 2 straturi. Bontul vaginal aseptizat, suturat, peritonizat cu suspendarea de bonturile anexiale. Revizia și toaleta cavității abdominale. Controlul hemostazei. Drenarea cavității abdominale. Peretele abdominal anterior restabilibil pe straturi anatomice. Pielea suturată intradermal. Pansament aseptice. Hemoragia totală – 1200 ml.

Pacienta a fost transferată în secția Reanimare pentru tratament și monitorizare. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Lăuza și nou-născutul au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

Caz clinic 5. Pacienta G. T., 38 ani

Internată pe 26.01.2017 în secția Terapia Sarcinii, Institutul Mamei și Copilului cu diagnosticul *Sarcină 37 s.a. GIV, NIII. AOC. Uter dublu cicatriceal după 2 operații cezariene în 2009, 2013, 1 a/m. Placenta increta. Poli-hidramnios. Pielonefrită cronică în remisie incompletă. Traheobronșită acută. Polip al vezicii biliare.*

La examinarea vaginală la internare, se determină colul uterin excentric, scurtat la 3 cm, canalul cervical închis. Eliminări vaginale mucoase.

Din datele examenelor paraclinice și de laborator la internare:

Analiza generală a sângelui: Hemoglobină – 106 g/l, eritrocite – $3,3 \times 10^{12}/l$, hematocrit – 0,31%, trombocite – $271 \times 10^9/l$, leucocite – $14,7 \times 10^9/l$, nesegmentate – 12%, segmentate – 80%, limfocite – 6%, monocite – 2%, timpul de coagulare – 4,30-4,55 min.

Analiza biochimică a sângelui: Protrombină – 90%, fibrinogen – 4,22 g/l, ureea – 3,49 mmol/l, bilirubină totală – 9,0 mcml/l, ALAT – 37 U/l, ASAT – 53,5 U/l, potasiu – 5,05 mmol/l, calciu – 1,94 mmol/l.

Analiza generală a urinei: transparentă, reacția acidă, epiteliu – 3-5 c/v, leucocite – 4-5 c/v, eritrocite – 35-42 c/v, mucozități +, bacterii +.

USG (26.01.2017): BPD – 97 mm, 39 s.a + 6 zile, AC – 373 mm, 41 s.a, HC – 343 mm, 39 s.a + 5 zile, FL – 73 mm, 37 s.a.+ 4 zile. Velocimetrie Doppler: PI – 0,80, RI – 0,55, S/D – 2,22. Masa estimată a fătului – 3950 grame. Placenta anterior. Nonpraevia, neomogenă cu lacune – 39 mm. Lichid amniotic volum ușor sporit, adâncimea patului – 90 mm. Segmentul uterin inferior – 9,1 mm, neomogen. Placenta inserată pe cicatricea uterină – placenta increta.

În mod consultativ, s-a decis de a finaliza sarcina prin operație cezariană planică. A fost anunțată camera de sânge, a fost comandată plasmă proaspăt congelată și concentrat eritrocitar.

Protocol operator (30.01.2017): *Laparotomie Phannestiel. Liza aderențelor dintre peretele uterin anterior, perețele abdominal anterior, peritoneu, oment, vezica urinară. Operație cezariană în segmentul inferior. Sterilizare chirurgicală prin ligatura trompelor uterine. Drenarea cavității abdominale și a spațiului subaponeurotic.* În condiții aseptice și antiseptice, după tratarea câmpului operator, sub anestezie generală endotraheală, s-a efectuat abord abdominal tip Phannestiel. S-a determinat un proces aderențial masiv dintre perețele abdominal anterior, peritoneu, oment, perețele uterin anterior, vezica urinară. S-a efectuat liza aderențelor. În segmentul uterin inferior, se vizualizează placenta increta cu dehiscența cicatricei uterine pe o zonă de 3x4 cm. Incizia transversală a uterului în segmentul inferior, placenta cezareea. Lichidul amniotic curat. Fătul extras de căpușor, transmis moașei. Placenta extrasă manual. Controlul cavității uterine cu o meșă de tifon. Uterul suturat neîntrerupt, în două straturi, fără endometru, cu PGA. Peritonizarea cu plica vezico-uterină. Controlul hemostazei. Toaleta cavității abdominale. Sterilizare prin ligatura trompelor uterine. Drenarea cavității abdominale. Peretele abdominal anterior restabilit pe straturi. Drenarea spațiului subaponeurotic. Pe piele suturi tip Donnatti. Pansament aseptice. Urina prin cateter urinar – 80,0, curată. Hemoragia – 600 ml.

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Pe 04.02.2017, lăuza și nou-născutul au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

Caz clinic 6. Pacientă, 31 ani

Internată în Spitalul Internațional privat Medpark, cu diagnosticul: *Sarcină 37 săpt. GII, NII. AOC. Uter cicatricial după operație cezariană. Placenta praevia centrală. Placenta accreta.*

La internare starea generală satisfăcătoare. Acuze nu prezintă.

Din datele examenelor paraclinice și de laborator efectuate:

Investigații de laborator: glucoza serică, analiza generală a sângelui (22 parametri), Factorul 1 al coagulării (Fibrinogen), Protrombina Quick, INR – valori în limitele normelor.

Examen ecografic în trimestrul III de sarcină (13.06.2018): Sarcină monofetală în evoluție. Prezență craniană. BPD – 49,5 mm, 36 s.a + 2 zile, HC – 317,8 mm, 35 s.a + 5 zile, AC – 339,4 mm, 37 s.a + 6 zile, FL – 67,2 mm, 34 s.a.+ 4 zile. Masa estimativă a fătului 2924 g. Placenta tip praevia, localizare anterioară. Grad de maturizare (Grannum) I. Grosime 34,6 mm. Structura omogenă, inserția căreia pe un segment de 18,8 mm (anterior) prezintă semne de invazie. Peretele vezical-muscular și mucoasa aparent neafectate.

La examinarea RMN fără contrast, Magnetom Siemens Essenza – 1.5 Tesla, nu s-a confirmat suspjecția de penetrare patologică a placentei.

Luând în considerare placenta praevia centrală, la o secundipară cu cicatrice pe uter după operație cezariană și prezența semnelor ecografice de placenta accreta, se indică finalizarea sarcinii prin operație cezariană electivă. Gravida a fost consiliată vizavi de conduita obstetricală abordată, oferind consimțământul, fiind informată despre riscurile pe care le comportă actul chirurgical raportat la situația obstetricală prezentă. Gravida conștientizează seriozitatea și complexitatea abordării interdisciplinare și realizează, din informația oferită, că poate fi necesitate de hemotransfuzie și că rezultatul chirurgical poate fi histerectomia cu scop de hemostază radicală după indicații vitale materne.

Protocol operator: *Laparotomie mediană. Operație cezariană în segmentul inferior. Histerectomie totală fără anexe. Drenarea cavității abdominale.* În condiții aseptice, sub anestezie generală, s-a dezinfectat și s-a izolat câmpul operator. Cavitata abdominală a fost deschisă prin incizie Phannestiel, cu excizia cicatricei precedente. În cavitatea abdominală s-a depistat uterul gestațional cu semne de invazie placentară (fig.2) – multiple lacune vasculare de culoare violacee, pe parcursul segmentului uterin inferior, mai pronunțat pe dreapta. Uterul a fost deschis digital pe traiectul cicatricei precedente, manual, transplacental (placenta cezareea), s-a extras de căpușor, fără dificultăți, o fetiță cu masa 3110 g, scor Apgar 9/10 puncte. Placenta extrasă cu mâna. Uterul a fost exteriorizat din cavitatea abdominală. S-a efectuat hemostaza temporară cu pensarea vaselor ovariene și uterine comune bilateral. Se determină sângerare abundentă din loja placentară, în regiunea peretelui anterior și în regiunea orificiului intern al colului uterin. S-au efectuat 3 tentative de hemostază prin suturi – fără efect, din care cauză s-a recurs la histerectomie totală fără anexe.

S-au aplicat pense bilateral pe mezosalpinx, ligamentul propriu ovarian, ligamentul rotund – rezectate, suturate, ligaturate. S-au aplicat pense și contrapense bilateral pe artera ligamentului rotund, artera uterină – rezectate, suturate, ligaturate. S-au aplicat pense pe ligamentele sacrouterine și cardinale – rezectate, suturate, ligaturate. Preparatul înlăturat la nivelul vaginului. Controlul hemostazei. Bontul suturat cu vicril în surjet, peritonizat cu suspendarea de bonturile anexiale. Revizia și toaleta cavității abdominale. Controlul hemostazei. Drenarea cavității abdominale cu 2 tuburi de dren. Peretele abdominal anterior restabilit pe straturi anatomice. Pielea suturată intradermal. Pansament aseptice. Hemoragia totală – 1700 ml.

Intraoperator a fost transfuzat 1 l de plasmă, 600 ml concentrat eritrocitar. Hemoglobina postoperator – 99 g/l. Pacienta a fost transferată în secția Reanimare pentru tratament și monitorizare. În prima zi a perioadei postoperatorii, s-a determinat hematurie. La examenul ecografic s-a depistat în cavitatea vezicii urinare o formațiune cu dimensiunile 42x64 mm, nevascularizată – cheag de sânge la nivelul meatului uretero-vezical din dreapta.

În a 2-a zi postoperator, pacienta a fost transferată în secția Lăuzie, a fost extras un dren din cavitatea abdominală, iar celălalt dren – în a 3-a zi. Cateterul Foley din vezica urinară a fost extras în a 4-a zi, după ce urina a devenit străvezie. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități.

Lăuza și nou-născutul au fost externați la domiciliu în stare satisfăcătoare.

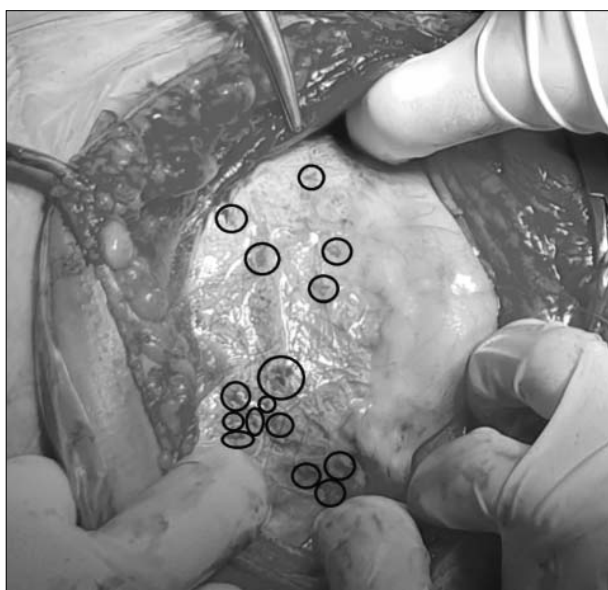


Fig. 2. Semne de invazie a placentei

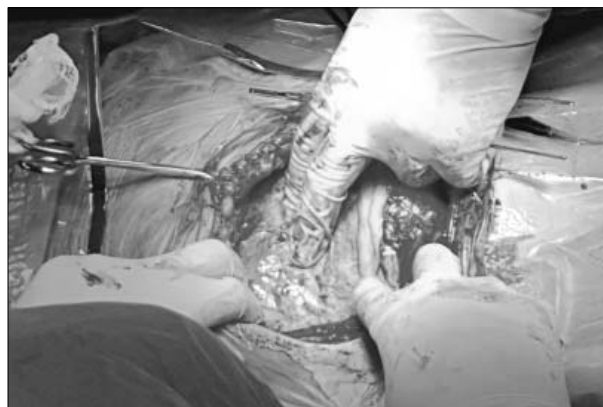


Fig. 3. Locul deschiderii transplacentare digitale a cavității uterine



Fig. 4. Deschiderea digitală transplacentară a cavității uterine



Fig. 5. Decolarea manuală a placentei praevia percreta



Fig. 6. Uter exteriorizat. Efectuarea hemostazei instrumentale temporare



Fig. 7 Efectuarea hemostazei prin suturarea lojei placentare

Concluzie: Diagnosticul prenatal al placentei praevia invazive este unul esențial, deoarece complicația majoră este hemoragia masivă incontrolabilă și traumatismul organelor adiacente ale uterului, din aceste motive, conduita acestor cazuri clinice trebuie să fie specifică și bine planificată de către o echipă multidisciplinară cu experiență și aptitudini chirurgicale avansate, cu scopul reducerii potențialului de morbiditate și mortalitate maternă și neonatală.

Bibliografie

1. FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel, FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 140, Nr 3, 2018, pag. e1-e4, 259-380. <https://www.figo.org/news/now-available-figo-consensus-guidelines-placenta-accreta-spectrum-disorders-0015836> (accesat la 26 iunie 2018)
2. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, Placenta praevia, Placenta praevia accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management, Green-top Guideline No.27, 2011, 26 p.