



**Ministerul Sănătății
Comisia Consultativă de
Obstetrică și Ginecologie**



**Colegiul Medicilor din România
Comisia de Obstetrică
și Ginecologie**



**Societatea de Obstetrică
și Ginecologie din România**



**Institutul pentru Ocrotirea Mamei
și Copilului "Alfred Rusescu"
București**

Asistența nașterii în prezența pelviană

SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

**Ghidul 27/Revizia 0
12.12.2010**

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2010.

Grupul de Coordonare a procesului de elaborare a ghidurilor încurajează schimbul liber și punerea la dispoziție în comun a informațiilor și dovezilor cuprinse în acest ghid, precum și adaptarea lor la condițiile locale.

Orice parte din acest ghid poate fi copiată, reproducă sau distribuită, fără permisiunea autorilor sau editorilor, cu respectarea următoarelor condiții: (a) materialul să nu fie copiat, reproduș, distribuit sau adaptat în scopuri comerciale; (b) persoanele sau instituțiile care doresc să copieze, reproducă sau distribuie materialul, să informeze Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România; și (c) Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România să fie menționate ca sursă a acestor informații în toate copiile, reproducerea sau distribuțiile materialului.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății prin Ordinul 1524/2009 cu modificările și completările ulterioare și avizat favorabil de Colegiul Medicilor din România și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel național cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale. Ele prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii obstetricieni/ginecologi și de alte specialități, precum și de celelalte cadre medicale implicate în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale.

Deși ghidurile reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, ele nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanțele individuale și opțiunea pacientei, precum și resursele, caracteristicile și limitările instituțiilor de practică medicală. Se așteaptă ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire, sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raționament medical independent în contextul circumstanțial clinic individual, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcție de particularitățile acesteia, opțiunile diagnostice și curative disponibile.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității. Totuși, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere și opiniile tuturor clinicienilor și nu le reflecta în mod obligatoriu pe cele ale Grupului Coordonator.

Ghidurile clinice nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientei. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientei, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la produsele farmaceutice menționate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente și să confirme că informația conținută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă.

Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului, nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau favorizare din partea Grupului de Coordonare, a Grupului Tehnic de Elaborare, a coordonatorului sau editorului ghidului față de altele similare care nu sunt menționate în document. Nici o recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Toate ghidurile clinice sunt supuse unui proces de revizuire și actualizare continuă. Cea mai recentă versiune a acestui ghid poate fi accesată prin Internet la adresa www.sogr.ro sau www.ghiduriclinice.ro.

Tipărit la R.A. Monitorul Oficial

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Asistenta nasterii în prezentatia pelviana / coord. : prof. dr. Szabo Bela;

ed. conf. dr. Lucian Puscasiu. – Bucuresti : Oscar Print, 2011-07-27

ISBN 978-973-668-279-7

- I. Szabo, Bela (coord.)
- II. Puscasiu, Lucian (ed.)

618.532

Cuprins

1	Introducere	1
2	Scop	2
3	Metodologie de elaborare	2
3.1	Etapele procesului de elaborare	2
3.2	Principii	3
3.3	Data reviziei	3
4	Structură	3
5	Evaluare si diagnostic	4
5.1	Diagnosticul prezentației pelviene	4
5.2	Calea de naștere	4
5.2.1	<i>Consilierea pacientei</i>	5
5.3	Indicații pentru operația cezariană electivă	5
5.4	Nașterea pe cale vaginală	6
6	Conduita	6
6.1	Dirijarea nașterii în prezentația pelviană	6
6.2	Atitudinea în nașterea prematură și gemelară în prezentație pelviană	8
7	Monitorizare și urmărire	9
8	Aspecte administrative	9
9	Bibliografie	10
10	Anexe	12
10.1	Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010	13
10.2	Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor.....	14
10.3	Anexa 3. Medicația menționată în ghid.....	15

Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Prof. Dr. Szabó Béla

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Prof. Dr. Vlad Tica

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Prof. Dr. Bogdan Marinescu

Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București

Prof. Dr. Gabriel Bănceanu

Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii

Dr. Mihai Horga

Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului

Coordonator

Profesor Dr. Szabó Béla

Scriitor

Conferențiar Dr. Lucian Pușcașiu

Mulțumiri

Mulțumiri experților care au revizuit ghidul:

Profesor Dr. Florin Stamatian

Profesor Dr. Mircea Onofriescu

Mulțumim Fondului ONU pentru Populație pentru sprijinul tehnic și financiar acordat procesului dezvoltării ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

Mulțumim Dr. Alexandru Epure pentru coordonarea și integrarea activităților de dezvoltare a ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare și Evaluare)
CA	Circumferința abdominală
Cca	Circa
cm	centimetru
CTG	Cardiotocografie
DBP	Diametrul bi-parietal
f	fiolă
g	grame
GTE	Grupul Tehnic de Elaborare (a ghidurilor clinice)
HTAIS	Hipertensiune arterială indusă de sarcină
i.v.	intravenos
Min	minut
ml	mililitru
mUI	mili Unități internaționale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
p.e.v.	Perfuzie endovenoasă
Pic	picături
pH	potențial de hidrogen
UI	Unități internaționale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)
SUA	Statele Unite ale Americii

1 INTRODUCERE

Prezența pelviană este cea varietate de așezare longitudinală în care fătul se prezintă la strâmtoarea superioară cu polul său caudal.⁽¹⁾

Nașterea în prezența pelviană reprezintă cca. 3-4% din totalul de nașteri, dar frecvența acesteia variază în funcție de vârsta gestațională. Astfel la o vârstă gestațională mai mică de 28 săptămâni de amenoree incidența este în jur de 25%, după care scade treptat astfel încât la nașterile la termen incidența nașterii în prezența pelviană este de numai 1-3%.⁽¹⁾

Factorii predispozanți pentru prezența pelviană sunt în general aceia care împiedică culbuta:

- prematuritatea,
- sarcina multiplă,
- malformații uterine,
- fibroamele uterine,
- sinechiile uterine,
- uterul hipoplazic,
- uterul cu tonus scăzut,
- polihidramniosul,
- placenta praevia,
- malformațiile fetale.

Incidența malformațiilor fetale la feții născuți prematur în prezența pelviană este de 17%, iar la termen este de 9%.⁽¹⁾

Clasificare:

Prezența pelviană poate fi completă sau decompilată.

În prezența pelviană completă (20-30%) atât coapsele cât și genunchii sunt în poziție flectată.⁽¹⁾

Prezența pelviană decompilată poate fi de trei feluri:

- prezența pelviană decompilată modul feselor (50-70%): coapsele sunt flectate iar genunchii sunt în extensie.⁽¹⁾
- prezența pelviană decompilată modul genunchilor: coapsele sunt în extensie iar genunchii în flexie
- prezența pelviană decompilată modul picioarelor la care coapsele cât și genunchii sunt în extensie.

Ultimele două varietăți sunt rare și se găsesc numai la feți foarte mici.

Conform concepției obstetricii clasice prezența pelviană fiind o varietate de așezare longitudinală se consideră o prezență eutocică. Nașterea în prezența pelviană se consideră o naștere eutocică, dar cu mare potențial spre evoluție distocică în primul rând din punctul de vedere al prognosticului fetal.⁽¹⁾

Din punctul de vedere al prognosticului fetal nașterea în prezența pelviană are un moment critic, degajarea craniului din urmă.

Pentru a îmbunătăți prognosticul fetal de-a lungul istoriei s-au imaginat o serie de manevre care aveau ca scop îmbunătățirea prognosticului fetal, majoritatea dintre ele însă s-au dovedit mai mult nocive decât benefice pentru făt.

Pentru a elimina momentul critic legat de degajarea craniului din urmă și pentru evitarea traumatismului obstetrical legat de manevrele obstetricale pentru prima dată în S.U.A. în anul 1959 s-a recomandat operația cezariană de rutină pentru scăderea morbidității fetale și materne⁽²⁾, dar cu toate acestea în anul 1970 numai 14%, iar în anul 1975 numai 22% dintre prezențele pelviene au fost rezolvate prin operație cezariană⁽³⁾, urmând ca la sfârșitul secolului XX și în special la începutul secolului XXI să asistăm la o creștere semnificativă a operației cezariene în managementul nașterii în prezența pelviană, în special în urma apariției rezultatelor unui studiu randomizat Term Breech Trial.⁽⁴⁾ Astfel în anul 2003 deja 87,5 % din nașteri în prezența pelviană au fost finalizate prin operație cezariană.⁽⁶⁾

Apariția rezultatelor studiului multicentric randomizat condus de Hannah⁽⁴⁾, a avut un impact major asupra atitudinii obstetricienilor față de atitudinea terapeutică în asistența nașterii în prezența pelviană, și a reaprins discuțiile privind modalitatea de naștere în prezența pelviană chiar și în țările care aveau deja un protocol aprobat pe plan național în acest sens.^(5, 40, 41, 42)

La un an după apariția acestui studiu atât American College of Obstetricians and Gynecologists⁽⁶⁾, cât și Cochrane Database of Systematic Review⁽⁷⁾ au preluat recomandarea ca operația cezariană să fie modalitatea generală de terminare a nașterii în prezența pelviană. Un fenomen asemănător s-a produs și la nivelul unor societăți similare din Uniunea Europeană, de exemplu în Olanda⁽⁸⁾, dar totodată au apărut și voci critice la adresa acestui studiu⁽⁹⁻¹⁵⁾, și servicii care nu au adoptat principiul "operația cezariană – standard de aur în nașterea în prezența pelviană".⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Rezultatele acestea depind și de gradul de dezvoltare al sistemului sanitar dintr-o țară, deoarece în țările dezvoltate cu morbiditate și mortalitate neonatală scăzută morbiditatea reprezentată prin patologia nașterii prin prezentație pelviană reprezintă o parte destul de însemnată iar morbiditatea maternă este aproape la fel de scăzută atât după naștere pe cale vaginală sau prin operație cezariană, lucru care nu se poate afirma în cazul țărilor cu grad de dezvoltare mai scăzut.

În elaborarea unui ghid privind modul de naștere în prezentația pelviană este foarte dificil să se respecte regulile medicinei bazate pe dovezi, deoarece nu există suficiente studii randomizate, din motive etice și medico-legale. Până în momentul de față există trei asemenea studii ^(4,18,19), toate dintre ele pe un număr limitat de cazuri, dintre care Term Breech Trial cuprinde lotul cel mai numeros, 2088 de cazuri, iar rezultatele acestor studii sunt destul de contradictorii.

Cu toate acestea elaborarea unui consens privind nașterea în prezentație pelviană este foarte necesar, deoarece datele din literatură, bazate în general pe studii observaționale arată că rezultatele peri- și neonatale depind într-o foarte mare măsură de selecția corectă a cazurilor cu risc crescut care necesită operație cezariană cât și de experiența echipei care asistă nașterea. ⁽²⁰⁻³⁰⁾

Studiile efectuate privind dezvoltarea ulterioară a copiilor născuți în prezentație pelviană arată că nu există diferențe între copii în funcție de calea de naștere, nici în morbiditate nici în mortalitate și nici în dezvoltarea psihomotorie. Există însă o diferență mică în privința morbidității precoce, aceasta fiind mai scăzută la feți născuți prin operația cezariană. ^(4,31,32)

2 SCOP

Acest document conține consensul privind conduita la naștere în prezentația pelviană, cât și criteriile de selecție a cazurilor cu risc crescut la care se indică operație cezariană ca modalitate de naștere și nu se referă la îngrijirile pre- și postnatale.

Prezentul ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicantul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente
- ghidul permite structurarea documentației medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este conceput pentru aplicare la nivel național. Ghidul clinic precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale managementului particularizat unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secțiilor de obstetrică și ginecologie sub forma unor protocoale. Ghidurile clinice sunt mai rigide decât protocoalele, ele fiind realizate la nivel național de grupuri tehnice de elaborare respectând nivele de dovezi științifice, tărie a afirmațiilor, grade de recomandare. Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naționale în context local și specifică exact într-o situație clinică ce anume trebuie făcut, de către cine și când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate și reflectă circumstanțele și variațiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

Ca urmare a solicitării Ministerului Sănătății de a sprijini procesul de elaborare a ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie, Fondul ONU pentru Populație (UNFPA) a organizat în 8 septembrie 2006 la Casa ONU o întâlnire a instituțiilor implicate în elaborarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie. A fost prezentat contextul general în care se desfășoară procesul de redactare al ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii, s-a decis constituirea Grupului de Coordonare a procesului de elaborare al ghidurilor. A fost de asemenea prezentată metodologia de lucru pentru redactarea ghidurilor, a fost prezentat un plan de lucru și au fost agreate responsabilitățile pentru fiecare instituție implicată. A fost aprobată lista de subiecte ale ghidurilor

clinice pentru obstetrică-ginecologie și pentru fiecare ghid au fost aprobați coordonatorii Grupurilor Tehnic de Elaborare (GTE) pentru fiecare subiect.

În data de 14 octombrie 2006, în cadrul Congresului Societății de Obstetrică și Ginecologie din România a avut loc o sesiune în cadrul căreia au fost prezentate, discutate în plen și aprobate principiile, metodologia de elaborare și formatul ghidurilor. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componenta GTE, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost efectuată de un integrator. Toate persoanele implicate în redactarea sau evaluarea ghidurilor au semnat Declarații de Interese.

Scriitorii ghidurilor au fost instruiți asupra metodologiei redactării ghidurilor conform medicinei bazate pe dovezi, după care au elaborat prima versiune a ghidului, în colaborare cu membrii GTE și sub conducerea coordonatorului ghidului. După verificarea ei din punctul de vedere al principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatarea ei a rezultat versiunea 2 a ghidului, care a fost trimisă pentru revizia externă la experții selectați. Coordonatorul și GTE au luat în considerare și încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de recenzorii externi și au redactat versiunea 3 a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la București în perioada 10 – 12 decembrie 2010. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost aprobate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării.

Evaluarea finală a ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul Agree elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

3.2 Principii

Acest ghid clinic a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare al elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat să fie bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alături de afirmație (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

Revederea datelor din literatura internațională. S-au selectat studiile dublu-orb randomizate controlate (puține la număr) și studii observaționale ca și reviziile sistematice ale literaturii de specialitate.

S-au urmărit publicațiile în limba engleză, germană, română cât și protocoalele terapeutice ale diferitelor societăți de obstetrică și ginecologie din SUA, Germania, Anglia, Ungaria, cât și comentariile legate de acestea.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic se va înțelege medicul de specialitate obstetrică și ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2013 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

Recomandările pentru managementul nașterii în prezentație pelviană cuprind standarde, recomandări și opțiuni pentru fiecare capitol.

Aceste standarde și recomandări necesită o adaptare permanentă în conformitate cu progresul tehnologiilor medicale și a sistemelor de sănătate și vor fi revizuite periodic în funcție de informațiile noi care apar.

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic
- Conduita (prevenție și tratament)
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative

5 EVALUARE SI DIAGNOSTIC

5.1 Diagnosticul prezentației pelviene

Standard	Medicul trebuie să precizeze diagnosticul prezentației pelviene prin: <ul style="list-style-type: none">– examen clinic obstetrical și/sau <ul style="list-style-type: none">– examen ecografic obstetrical	B
Argumentare	Examenul clinic obstetrical permite identificarea varietății prezentației pelviene. Examenul ecografic obstetrical permite: <ul style="list-style-type: none">– excluderea deflexiei primitive a craniului– diagnosticul unor malformații fetale– efectuarea biometriei fetale pentru<ul style="list-style-type: none">– aprecierea greutateii fetale și <ul style="list-style-type: none">– diagnosticul unei macrosomii fetale Criteriile pentru macrosomie fetală: DBP>9,8 cm, CA>35cm, greutate estimată >3800 g ^(9,34)	III
Opțiune	Pentru evaluarea bazinului osos matern medicul poate opta pentru examen radiologic sau rezonanță magnetică nucleară.	B
Argumentare	Evaluarea clinică este considerată cea mai adecvată pentru evaluarea bazinului osos la alegerea căii de naștere. O serie de studii radiologice nu au putut dovedi valoarea radiopelvimetrii în a selecta femeile cu șanse superioare de succes în proba de naștere. Într-un trial randomizat evaluarea bazinului prin rezonanța magnetică nucleară s-a asociat cu un număr mai scăzut de operații cezariene de urgență. ^(9,35)	III

5.2 Calea de naștere

Standard	Medicul trebuie să decidă individualizat la fiecare pacientă cu făt/feți în prezentație pelviană, calea optimă de naștere.	A
Argumentare	Prognosticul nașterii în prezentație pelviană depinde într-o foarte mare măsură de selecția corectă a cazurilor, respectiv care vor fi cazurile unde se poate propune nașterea pe cale vaginală. Într-o analiză a trialurilor randomizate privitoare la rezultatele perinatale în nașterea în prezentație pelviană s-a decelat că mortalitatea perinatală și cea neonatală, precum și morbiditatea pe termen scurt au fost mai reduse în grupul pacientelor cu operație cezariană programată, pentru făt în prezentație pelviană. ^(4,7) O analiză la 2 ani efectuată în centrele care au contribuit la Term Breech Trial a arătat că la copii nu mai existau diferențe statistic semnificative între cele 2 căi de naștere în privința supraviețuirii sau retardului în dezvoltarea neuro-motorie. ⁽³¹⁾	Ia

5.2.1 Consilierea pacientei

Standard	Medicul trebuie să ofere consiliere pacientei cu făt/feți în prezentație pelviană.	E
Standard	În cadrul consilierii medicul trebuie să ofere informații despre: <ul style="list-style-type: none">– cele două posibilități de naștere, pe cale vaginală sau naștere prin cezariană,– avantajele materne și fetale ale celor două modalități de naștere,– complicațiile posibile în funcție de calea de naștere.	A
Argumentare	<p>Într-o analiză a trialurilor randomizate privitoare la rezultatele perinatale în nașterea în prezentație pelviană s-a decelat că mortalitatea perinatală și cea neonatală, precum și morbiditatea pe termen scurt au fost mai reduse în grupul pacientelor cu operație cezariană programată, pentru făt în prezentație pelviană. ^(4,7)</p> <p>Morbiditatea și mortalitatea fetală precoce sunt mai reduse după nașterea prin operație cezariană comparativ cu calea vaginală, ^(4,29,37-39) dar nu există dovezi care să ateste că pe termen lung dezvoltarea copiilor născuți în prezentație pelviană este influențată de calea de naștere. ^(29, 39-41) O analiză la 2 ani efectuată în centrele care au contribuit la Term Breech Trial a arătat că la copii nu mai existau diferențe statistic semnificative între cele 2 căi de naștere în privința supraviețuirii sau retardului în dezvoltarea neuro-motorie. ⁽³¹⁾</p> <p>Operația cezariană nu generează riscuri pentru sănătatea ulterioară a femeii pe termen lung, dacă nu considerăm alte sarcini. ^(35, 42-45) Cu toate acestea efectele pe termen lung ale operației cezariene trebuie luate în considerare: riscul de dehiscență a cicatricii uterine în cazul unei sarcini viitoare, riscul mai mare de repetare a operației cezariene la o viitoare sarcină, riscul de placenta acreta. Chiar dacă în prezent nu există studii randomizate care să evalueze aceste riscuri cu acuratețe, potențialele efecte asupra mortalității fetale și asupra morbidității materne grave sunt de luat în considerare. ⁽³⁵⁾</p>	Ia

5.3 Indicații pentru operația cezariană electivă

Standard	În caz de sarcină cu făt în prezentație pelviană medicul trebuie să o finalizeze prin operație cezariană în următoarele circumstanțe: <ul style="list-style-type: none">– legate de prezentația pelviană ca atare<ul style="list-style-type: none">– deflexia primară a craniului fetal– macrosomie fetală (greutate fetală estimată de peste 3800 grame)– procidența sau prolabarea de cordon ombilical– prematuritatea - în funcție de viabilitatea fetală, paritate, vârsta mamei și alți factori obstetricali– retard de creștere intrauterină (greutate fetală estimată sub 10 percentile sau sub 2000 grame)– orice patologie asociată prezentației pelviene	C
Argumentare	<p>Deoarece toate aceste situații se asociază cu rezultate reproductive defavorabile în caz de tentativă de naștere pe cale vaginală.</p> <p>Se pare că operația cezariană poate preveni un traumatism obstetrical sau o asfixie gravă, altfel rare în cazul în care nașterea pe cale vaginală este corect condusă. ^(9, 35,42)</p> <p>Prezentația pelviană se asociază cu risc mai mare de prolabare de cordon ombilical decât prezentațiile cefalice. Prolabarea de cordon este o indicație de operație cezariană de urgență. ⁽⁴²⁾</p> <p>Un făt cu retard de creștere intrauterină și suferință fetală cronică are o șansă mai mare să dezvolte acidoză metabolică pe durata travaliului, din cauza compromiterii pre-existente a funcției placentare, având astfel o toleranță mai redusă la hipoxia din travaliu. ⁽⁴²⁾</p>	IV

5.4 Nașterea pe cale vaginală

Standard	În lipsa indicațiilor pentru operația cezariană electivă medicul trebuie să ofere proba de naștere pacientei cu făt în prezentație pelviană care după consiliere informată adecvată alege calea de naștere vaginală,	B
Argumentare	Studiile efectuate privind dezvoltarea ulterioară a copiilor născuți în prezentație pelviană arată că nu există diferențe între copii în funcție de calea de naștere, nici în morbiditate nici în mortalitate și nici în dezvoltarea psihomotorie. Există însă o diferență mică în privința morbidității precoce, aceasta fiind mai scăzută la feți născuți prin operația cezariană. ^(4,31,32) Un studiu publicat în Franța arată că în unitățile care aveau adoptat un protocol de selecționare și conduită terapeutică pentru nașterea în prezentație pelviană rata complicațiilor materne și fetale a fost mai scăzută comparativ cu unitățile care nu aveau un asemenea protocol ⁽³³⁾ .	III

6 CONDUITA

6.1 Dirijarea nașterii în prezentația pelviană

Optiune	Medicul poate opta pentru inducția travaliului în caz de prezentație pelviană dacă examenul clinic atestă o situație favorabilă pentru nașterea pe cale vaginală.	B
Argumentare	Cu toate că unele studii efectuate pe grupuri mici de paciente raportează un bun profil de siguranță, inducția travaliului cu oxytocin în caz de prezentație pelviană nu se recomandă. ^(35,36,42) Utilizarea oxytocinum în dirijarea travaliului în caz de prezentație pelviană este controversată. Augmentarea travaliului a fost utilizată în 74% din cazurile înrolate în studiul PREMODA, iar în 9% din paciente travaliul a fost indus cu oxytocinum. ⁽⁴¹⁾	III
Recomandare	Se recomandă medicului să indice augmentarea dinamicii uterine în completarea eforturilor expulzive materne.	B
Argumentare	Augmentarea travaliului este recomandată pentru facilitarea expulziei. ⁽⁴¹⁾	III
Standard	Medicul trebuie să păstreze integritatea membranelor amniocoriale cât se poate de mult.	B
Argumentare	Pentru prevenirea prolapsului de cordon ombilical și pentru a nu grăbi expulzia înainte de dilatație completă. ⁽⁴²⁾	III
Standard	Medicul trebuie să efectueze operația cezariană în caz de lipsă de progresiune a prezentației, în orice fază a perioadei a II-a a travaliului.	C
Argumentare	În caz de lipsă de progresiune a travaliului, dilatație mai mică de 0,5 centimetri/oră în faza activă și lipsa de progresiune a prezentației după dilatație completă –pelvisul nu coboară într-o oră – medicul trebuie să ia în considerare terminarea nașterii prin operație cezariană. Lipsa de progresiune a prezentației poate fi un semn de disproporție fetopelvină și operația cezariană este indicată. ^(4,35,42)	IV
Recomandare	Se recomandă medicului să indice parturientei care naște pe cale vaginală un făt în prezentație pelviană, decubitul dorsal.	C
Argumentare	Datele disponibile în literatură cu privire la rezultatul nașterii pe cale vaginală în prezentație pelviană sunt extrase din studii care au utilizat decubitul dorsal. Cu toate că există autori care au recomandat și alte poziții materne pentru ameliorarea rezultatelor în nașterea în prezentație pelviană, până în prezent nu există studii care să ateste superioritatea acestei strategii și care să motiveze modificarea posturii convenționale cu care majoritatea practicienilor este familiară. ^(35,41,42)	IV

Recomandare	Se recomandă medicului să nu utilizeze de rutină analgezia epidurală în caz de naștere pe cale vaginală în prezentație pelviană.	C
Argumentare	Nu există dovezi care să ateste un rol esențial al analgeziei epidurale în dirijarea nașterii vaginale în prezentație pelviană. În plus, colaborarea cu pacienta în expulzie pentru coordonarea eforturilor expulzive este esențială. ^(35,42)	IV
Standard	În cazul în care nu se utilizează analgezia peridurală medicul trebuie să ofere pacientei alte metode de analgezie pe durata travaliului și expulziei.	C
Argumentare	Deoarece ameliorează confortul pacientei și facilitează manevrele obstetricale în cazul în care sunt practicate. ^(35, 41,42)	IV
Recomandare	Se recomandă medicului efectuarea epiziotomiei înainte de inițierea manevrelor obstetricale în prezentația pelviană.	C
Argumentare	Pentru facilitarea expulziei și prevenirea distociei de părți moi, inclusiv la multipare. ^(35,42)	IV
Recomandare	Se recomandă ca medicul să nu intervină prin nici o manevră obstetricală până ce fătul nu se naște până la nivelul vârfulor omoplaților.	B
Argumentare	Abținerea de la manipularea fătului este indicată în scopul prevenirii ridicării brațelor. Pe parcursul trecerii prin pelvis a unui făt în prezentație pelviană tonusul fetal normal și compresia exercitată de uter mențin capul și brațele fetale flectate. Manipularea fătului înainte de trecerea coatelor și bărbiei prin strâmtoarea superioară poate induce extensia brațelor și capului – reflexul Moro. Ca urmare manoperele asupra fătului trebuie inițiate doar după nașterea până la vârful omoplaților iar tracțiunea trebuie să fie minimă. ⁽⁴²⁾	IIb
Opțiune	Medicul poate să efectueze manevra Tzovianov.	E
Argumentare	Pentru facilitarea progresiunii dilatației și menținerii unității mobilului fetal.	
Recomandare	La nașterea pe cale vaginală, în expulzie, în caz de făt în prezentație pelviană medicul trebuie să încurajeze eforturile expulzive voluntare materne.	B
Argumentare	Încurajarea eforturilor expulzive voluntare materne și abandonarea tracțiunii asupra fătului s-a soldat cu o reducere a mortalității perinatale de la 3,2% la 0 %. ^(35,42,49)	IIb
Recomandare	În momentul în care fătul s-a născut până la vârful omoplaților și atunci când condițiile feto-materne o permit (diametrul biacromial fetal în diametrul transvers al bazinului), se recomandă medicului să: – aplice manevra Bracht. – solicite unui ajutor să exercite, concomitent cu efectuarea manevrei Bracht, o apăsare cu pumnul, suprapubian.	B
Argumentare	Un ajutor exercită o apăsare cu pumnul suprapubian concomitent cu efectuarea manevrei Bracht pentru a menține craniul în poziție flectată. În literatură cea mai mare îmbunătățire a prognosticului fetal în nașterea în prezentație pelviană s-a înregistrat după publicarea de către Bracht a procedurii care îi poartă numele ^(42, 49) .	IIb
Opțiune	Medicul poate opta pentru manevra Mauriceau Levret Smellie Weit de primă intenție.	B
Argumentare	Deoarece acesta este o manevră care menține poziția flectată a capului. ⁽⁴²⁾	III

Opțiune	În cazul în care medicul constată brațele fetale ridicate, el poate opta ca degajarea să fie efectuată prin una din următoarele manevre în funcție de abilitățile sale: – prin apăsare în plica cotului brațului anterior/Muller sau posterior/Pajot și apoi „ștergerea feței” fătului cu brațul care urmează a fi degajat sau – prin manevra Lovset - rotația fătului pentru a facilita degajarea brațelor.	C
Argumentare	Nu există până la acest moment dovezi care să ateste superioritatea vreunei metode sau care să fie de primă intenție. ^(35,42)	IV
Standard	În situația aplicării manevrelor de degajare a umerilor, medicul trebuie să finalizeze extracția capului fetal prin manevra Mauriceau Levret Smellie Weit	E
Argumentare	Pentru asigurarea flexiei capului din urmă.	
Recomandare	Se recomandă medicului să nu practice marea extracție pelviană decât în situații de mare urgență materno-fetală sau în absența condițiilor de efectuare a unei operații cezariene.	B
Argumentare	Deoarece este o manevră cu o mortalitate fetală de 10% și care se asociază în 25% din cazuri cu traumatism obstetrical serios. ^(35,42,47,51)	IIa
Opțiuni	În cazul în care toate manevrele pentru degajarea capului din urmă eșuează medicului poate să opteze între: – aplicația de forceps pe capul din urmă, – simfiziotomie sau – operație cezariană.	C
Argumentare	Nu există în prezent un consens în literatură cu privire la cea mai indicată conduită în caz de blocare a capului ultim. ^(35, 42)	IV
Recomandare	În cazul decesului fetal intrapartum cu cap fetal blocat în excavație se recomandă medicului să practice cranioclazie.	E
6.2 Atitudinea în nașterea prematură și gemelară în prezență pelviană		
Recomandare	Se recomandă medicului să nu practice operația cezariană de rutină în caz de naștere prematură în prezență pelviană.	B
Argumentare	Datele obținute ca urmare a Term Breech Trial nu pot fi direct extrapolate la copiii născuți prematur, generând astfel importante controverse. Un studiu retrospectiv a decelat că la copiii prematuri cu greutate foarte mică la naștere în prezență pelviană născuți prin operație cezariană riscul relativ ajustat de deces este semnificativ mai redus decât la cei născuți pe cale vaginală, dar autorii studiului au subliniat că o relație de cauzalitate nu poate fi dovedită. Rezultatele neonatale ale copiilor născuți cu greutate extrem de mică la naștere se datorează în principal complicațiilor prematurității și nu căii de naștere și astfel lipsesc dovezile care să justifice operația cezariană de rutină, decizia trebuind luată împreună cu pacienta. ^(35,42,46,48,51,53,54)	III
Standard	În caz de prezență pelviană a primului geamăn, la termen, medicul trebuie să informeze pacienta despre toate beneficiile (inclusiv reducerea mortalității perinatale) și riscurile operației cezariene pentru prezență pelviană, atât cu privire la sarcina actuală cât și cu privire la eventualele sarcini viitoare.	A
Argumentare	Într-o analiză a trialurilor randomizate privitoare la rezultatele perinatale în nașterea în prezență pelviană s-a decelat că mortalitatea perinatală și cea neonatală, precum și morbiditatea pe termen scurt au fost mai reduse în grupul pacientelor cu operație cezariană programată, pentru făt în prezență pelviană. ^(4,7) O analiză la 2 ani efectuată în centrele care au contribuit la Term Breech Trial a arătat că la copii nu mai existau diferențe statistice semnificative între cele 2 căi de naștere în privința supraviețuirii sau retardului în dezvoltarea neuro-motorie. ⁽³¹⁾	Ib

Recomandare	Se recomandă medicului să nu efectueze de rutină a operația cezariană pentru al doilea geamăn în prezentație pelviană.	B
Argumentare	O serie de studii non-randomizate și observaționale au arătat că nu există diferențe de rezultate funcție de calea de naștere pentru al doilea geamăn în prezentație pelviană, respectiv că morbiditatea neonatală după nașterea pe cale vaginală a fost similară pentru al doilea geamăn în prezentație cefalică cu cea pentru al doilea geamăn în prezentație pelviană. ^(35,57,58)	III

7 MONITORIZARE ȘI URMĂRIRE

Standard	În caz de prezentație pelviană pe durata travaliului medicul trebuie să indice monitorizare permanentă clinică și CTG.	B
Argumentare	Urmărirea necorespunzătoare a gravidei pe durata travaliului, în special privind starea intrauterină a fătului s-a dovedit a fi cea mai frecventă cauză evitabilă a morții copiilor născuți în prezentație pelviană. În cadrul analizei studiului lui Hannah (The Term Breech Trial) principalele cauze ale operației cezariene de urgență au fost „lipsa de progresiune a prezentației” în 50 % din cazuri, respectiv „suferință fetală” în 29% din cazuri. ^(9,35,42)	III
Recomandare	La momentul ruperii membranelor amniocoriale se recomandă medicului efectuarea unei examinări pelvine.	B
Argumentare	Pentru evaluarea situației locale și ca să excludă prolapsarea de cordon ombilical. ^(42,50)	III
Recomandare	Se recomandă medicului să nu indice de rutină prelevarea de sânge din fesele fătului, pentru monitorizarea pH-ului în travaliu.	C
Argumentare	Evitarea manoperelor inutile asupra fătului trebuie să constituie o primă preocupare, chiar dacă un studiu a arătat că recoltarea de sânge de la nivelul feselor a dus la determinarea cu acuratețe a valorilor de pH fetal. În prezent această indicație nu s-a impus din cauza numărului mic de subiecți incluși în acest studiu. ⁽³⁵⁾	IV

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Standard	Fiecare unitate medicală publică sau privată în care se asigură finalizarea sarcinilor cu feți în prezentație pelviană își va redacta protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
Standard	La sfârșitul consilierii medicul trebuie să obțină un consimțământ / refuz informat scris din partea mamei iar decizia acesteia trebuie respectată.	B
Argumentare	În lumina studiilor recente care nu au dovedit diferențe pe termen lung între cele două căi de naștere atât în privința riscurilor la nou-născut cât și la mamă, dorința exprimată de gravidă după consiliere și informare trebuie respectată. ^(9,42)	III
Standard	Medicul care asistă nașterea în caz de prezentație pelviană trebuie să se asigure de disponibilitatea permanentă a unei echipe complexe alcătuită din obstetrician, neonatolog, anestezist precum și de toate facilitățile necesare efectuării operației cezariene de urgență – unitate de nivel II.	C
Argumentare	Accesul imediat la efectuarea operației cezariene este considerat important mai ales în condițiile în care se decelează lipsa progresiunii prezentației. Nu există până la această dată dovezi ale complicațiilor survenite în afara facilităților medicale în caz de naștere în prezentație pelviană. ^(35,42)	IV
Standard	În cazul maternităților fără condițiile de mai sus, în condițiile prezentării pentru naștere a unei paciente cu făt în prezentație pelviană, medicul trebuie să indice transferul la cea mai apropiată unitate de nivel superior conform legislației în vigoare, dacă nu există o situație care nu permite transportul.	E

9 BIBLIOGRAFIE

1. Munteanu I: *Tratat de obstetrică* Editura Academiei Române, București, 2000 pag.445-453.
2. Wright RC: Reduction of perinatal mortality and morbidity in breech delivery through routine use of cesarean section. *Obstet Gynecol* 1959; 14: 758-63.
3. Green JE, McLean F, Smith LP, Usher R: Has an increased cesarean section rate for term breech delivery reduced in incidence of birth asphyxia, trauma, and death? *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 643-8.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al: Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000 Oct 21; 356(9239): 1375-83 .
5. Berg D, Dudenhausen H, Wulf H: Bericht der Standardkommission "Beckenendlage" der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin. *Z. Geburtsh. u. Perinat.* 188 (1984) 100.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG committee opinion. Mode of term singleton breech delivery. Number 265, December 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 2002 Apr; 77(1): 65-6
7. Hofmeyr GJ, Hannah ME: Planned Caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1):CD000166
8. Rietberg C, P. Effering-Stinkens, Visser G: The effect of the Term Breech Trial on the medical intervention behaviour and neonatal outcome in the Netherlands. *BJOG* 2005;112:205-9
9. AWMF online: Leitlinien Gynaekologie – Geburtshilfe: Geburt bei Beckenendlage.
10. Feige, A: Eine Antwort auf die Hannah-Studie. *Geburtsh Frauenheilk* 2002;62: 500-4
11. Keirse JNC: Evidence-based childbirth only for breech babies? *Birth* 2002; 29: 55-9
12. Kolås T; Hofoss D: Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 864-70
13. Krause, M; Feige A: Beckenendlage. *Gynäkol. Prax.* 2002; 26: 437-43
14. Krause M, Feige A: Beckenendlage: Ist die Sectio wirklich der bessere Entbindungsmodus? *Frauenarzt* 2001; 42: 746-49
15. Kotaska A: Inappropriate use of randomisation trials to evaluate complex phenomena: case study of vaginal breech delivery. *BMJ* 2004; 329: 1039-42
16. Giuliani A, Schoell W, Basver A, Tamussino K. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1694-8.
17. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol* 2004;103:407-12
18. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ: The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980 May 15; 137(2): 235-44
19. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH: Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1983 ; 146(1): 34-40
20. Krause M, Feige A: Beckenendlagegeburtshilfe in Deutschland - eine Bestandsaufnahme. *Therap Umschau* 2002; 59 (12); 677-81
21. Giuliani A, Schöll WMJ, Basver A: Mode of delivery and outcome of 699 singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1694-8.
22. Büscher U, Dudenhausen JW: Lagenanomalien des Fetus in der Schwangerschaft: Beckenendlage. *Gynäkologe* 2002; 35: 69-80
23. Irion O, Almagbaly P, Morabia A: Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentation. *BJOG* 1998 ; 105 (7): 710-7
24. Ismail MA, Nagib N, Ismail T, Cibils LA: Comparison of vaginal and caesarean section delivery for fetuses in breech presentation. *J Perinat Med* 1999; 27 (5): 339- 51
25. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. McGraw-Hill; 2005
26. Krebs L, Langhoff-Roos J, Thorngren-Jerneck K: Long-term outcome in term breech infants with low Apgar score - a population-based follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 100 (1): 5-8
27. Gilbert WM, Hicks SM, Boe NM: Vaginal Versus Cesarean Delivery for Breech Presentation in California: A Population-Based Study. *Obstet Gynecol* 2003; 102 (5): 911-7
28. Queenan, JT: Teaching Infrequently Used Skills: Vaginal Breech Delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103 (3):405-6
29. Alarab M, Regan C, Foley ME: Singleton Vaginal Breech Delivery at Term: Still a Safe Option. *Obstet Gynecol* 2004; 103 (3): 407-412
30. Berg D, Selbmann HK, Süß J: Neonatale Mortalität bei Geburt aus Beckenendlage. *TW Gynäkologie* 1994

31. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al: Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Sep; 191(3): 864-71
32. Wolke D, Söhne B, Riegel K: Die kindliche Entwicklung nach vaginaler und abdominaler Entbindung bei Beckenendlage. In: Beckenendlage. Feige, A, Krause, M (Hrsg.), Urban & Schwarzenberg 1998, S.186-206
33. Venditelli F, Pons J, Lemery D et. al: The term breech presentation: neonatal results and obstetric practices in France. *Eur J Obstet Gynecol Reprod. Biol* 2006;125:176-84
34. Rojansky N, Tanos V, Lewin A, Weinstein D: Sonografic evaluation of fetal head extension and maternal pelvis in cases of breech presentation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 607-11
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: The management of breech presentation. Green-top Guideline No.20b. London: RCOG; 2006
36. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Recommendations of the FIGO Committee on Perinatal health on guidelines for the management of breech delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 58: 89-92.
37. Lumley J: Any room left for disagreement about assisting breech births at term ? *Lancet* 2000; 356: 1369-70.
38. Su M, Hannah WJ, Willan A, Ross S, Hannah ME; Term Breech Trial Collaborative Group: Planned caesarean section decreases the risk of adverse perinatal outcome due to both labour and delivery complications in the Term Breech Trial. *BJOG* 2004; 111: 1065-74.
39. Hodnett ED, Hannah ME, Hewson S, Whyte A: Mothers views of their childbirth experiences 2 years after planned Caesarean versus planned vaginal birth for breech presentation at term in the international randomized Term Breech Trial. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27: 224-31.
40. Glezerman M: Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 20-5.
41. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, PREMODA Study Group: Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1002-11
42. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. Vaginal delivery of breech presentation. SOGC Clinical Practice Guideline No. 226, *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(6):557-66.
43. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R: Outcomes at 3 months after planned cesareanvs planned vaginal delivery for brech presentation at term: the international randomized term breech trial. *JAMA* 2002; 287: 1822-31.
44. Coughlan C, Kearney R, Turner MJ: What are the implications for next delivery in primigravide who have an elective caesarean section for breech presentation ? *BJOG* ,2002; 109: 624-6.
45. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, et al: Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004 ; 191(3): 917-27
46. Zlatnik FJ: The Iowa premature breech trial. *Am J Perinatol* 1993 ; 10(1): 60-3
47. Ballas S, Toaff R: Hyperextension of the fetal head in breech presentation: radiological evaluation and significance. *BJOG* 1976 ; 83(3): 201-4
48. Puscasiu L, Marginean C, Manuela Cucerea, Simona Stolnicu, B. Szabo: Route of delivery and perinatal results in breech presentation before term. *TMJ*, 2009, Vol 59, No. 2,194-198,
49. Bracht E. Zur Behandlung der Steisslage. *Zentralblatt Gynaecol* 1938;31:1735-6.
50. Papp Z: A szülészet nőgyógyászat tankönyve Semmelweis kiadó. Budapest, 1999 pag.438-9.
51. Hofmeyr GJ, Kulier R: Expedited versus conservative approaches for vaginal delivery in breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2): CD00082.
52. Cibils LA, Karrison T, Brown L: Factors influencing neonatal outcomes in the very low birthweight fetus (< 1500 g) with a breech presentation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 35-42.
53. Robertson PA, Foran CM, Croughan-Minihane MS, Kilpatrick SJ: Head entrapment and neonatal outcome by mode of delivery in breech deliveries from 28 to 36 weeks of gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1742-7
54. Oettinger M, Ophir E, Markovitz J, Stolero E: Is caesarean section necessary for delivery of a breech first twin ? *Gynecol Obstet Invest* 1993; 35: 38-43.
55. Hogle KL, Hutton, McBrien KA, Baret JF, Hannah ME: Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 220-7.
56. Sibony O, Touitou S, Luton D, Oury JF: Modes of delivery of first and second twins as a function of their presentation-study of 614consecutive patients from 1992 to 2000. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 126: 180-5.
57. Caukwell S, Murphy DJ: The effect of mode of delivery and gestational age on neonatal outcome of the non-cephalic-presenting second twin. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1356-61.

58. Deering S, Brown J, Hodor J, Satin AJ: Simulation training and resident performance of singleton vaginal breech delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 86-9.
59. Lalonde AB: Vaginal Breech Delivery Guideline: The Time Has Come. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(6):483–484.
60. Kotaska A: Breech birth can be safe, but is it worth the effort? *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(6):553–554.
61. Betty-Anne Daviss, Kenneth CJ, Lalonde AB: Evolving Evidence Since the Term Breech Trial: Canadian Response, European Dissent, and Potential Solutions. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(3):217–224.

10 ANEXE

Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010

Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Anexa 3. Medicația menționată în ghid

10.1 Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010

Prof. Dr. Virgil Ancăr, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgența "Sf. Pantelimon" București

Dr. Stelian Bafani, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Metin Beghim, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Conf. Dr. Elena Iolanda Blidaru, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Maternitatea "Cuza Voda" Iași

Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie III, Maternitatea „Elena-Doamna” Iași

Dr. Gabriela Caracostea, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Dr. Bogdan Călinescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Prof. Dr. Petru Chitulea, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Oradea

Dr. Dorina Codreanu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârбу" București

Dr. Anca Teodora Constantin, Ministerul Sănătății

SL Dr. Gheorghe Cruciat, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Ana Derumeaux, UNFPA

Dr. Gabriela Dumitru, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Alexandru Epure, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Mihai Georgescu Brăila, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Universitar Craiova

Conf. Dr. Dorin Grigoraș, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Dr. Dumitru Popescu" Timișoara

Dr. Mihai Horga, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii

Prof. Dr. Vasile Valerică Horhoianu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar București

Dr. Raluca Ioan, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Cristian Anton Irimie, Ministerul Sănătății

Alexandru Costin Ispas, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârбу" București

Dr. Claudia Mehedințu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Dr. Doina Mihăilescu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București

Prof. Dr. Dimitrie Nanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Liliana Novac, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

Conf. Dr. Anca Pătrașcu, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

Dr. Mircea Gabriel Preda, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârбу" București

Prof. Dr. Zenovia Florentina Pricop, Clinica Obstetrică-Ginecologie III „Elena-Doamna” Iași

Conf. Dr. Lucian Pușcașiu, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

Conf. Dr. Manuela Cristina Russu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul "Dr. I. Cantacuzino" București

Prof. Dr. Florin Stamatian, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Conf. Dr. Anca Stănescu, Maternitatea "Bucur", Spitalul Clinic de Urgența „Sf Ioan” București

Prof. Dr. Silvia Stoicescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Conf. Dr. Nicolae Suci, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Prof. Dr. Béla Szabó, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

Dr. Alma Ștefănescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Roxana Șucu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Vlad Tica, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Dr. Andreea Vultur, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârбу" București

10.2 Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivele de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza unor studii randomizate și controlate
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine concepute
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu

10.3 Anexa 3. Medicația menționată în ghid

Numele medicamentului	OXYTOCINUM
Indicații	Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsura creșterii vârstei gestationale și a apariției de receptori ocitocici la nivelul uterului. În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine; în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și antidiuretic. fiole de 2 ml/2 UI sau 1 ml/ 5 UI
Doze	Inițial p.e.v. 1-2 mUI/min, se crește cu 1-2 mUI/min. la fiecare 30 min până la contractilitate uterină adecvată sau maxim 20 mUI/min. (10 UI la 1000 ml soluție cristaloidă); administrare în travaliu doar în p.e.v.! 2 UI i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III 2 UI i.v. = doza administrată profilactic pacientei cu antecedente de hemoragie în delivrența sau cu factori de risc pentru hemoragie în Periodului III sau IV, dacă se efectuează control uterin 2 UI i.v. = doza administrată în Periodul IV 10 UI (5 f de 2 U.I. sau 2 f de 5 U.I.) în p.e.v. 1000 ml glucoza 5% în ritm de 10-15 pic/min. timp de 4 ore dacă există un risc major de hemoragie în postpartum 10 UI în p.e.v. 500 ml ser fiziologic în ritm de 10-20 pic/min. timp de 4 ore dacă există atonie uterină 10 UI i.m. = doza în postpartum în caz de atonie uterină și colaps circulator
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată, HTAIS severă, hiperdinamică uterină, prezentații distocice, travalii în care nașterea pe cale vaginală trebuie evitată (neoplasm cervical, prolabare de cordon, placenta praevia totală, vase praevia).
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor.
Sarcina și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină; precauție în alăptare
Atenție!	Risc de hipotensiune, aritmii, stop cardiac la injectare bolus; intoxicație cu apă la aport oral hidric; monitorizare fetală.

