

## Placenta praevia

### Cuprins

- 1 Introducere**
- 2 Scop**
- 3 Metodologie de elaborare**
  - 3.1 Etapele procesului de elaborare
  - 3.2 Principii
  - 3.3 Data reviziei
- 4 Structură**
- 5 Evaluare și diagnostic**
  - 5.1 Suspiciunea clinică de placentă praevia
  - 5.2 Diagnosticul pozitiv al placentei praevia
    - 5.2.1 *Metode paraclinice de localizare placentară*
      - 5.2.1.1 Ecografia obstetricală transabdominală
      - 5.2.1.2 Ecografia obstetricală transvaginală
      - 5.2.1.3 Rezonanța magnetică nucleară
    - 5.2.2 *Examenul clinic obstetrical*
  - 5.3 Diagnosticul de placenta acreta
  - 5.4 Diagnosticul diferențial al placentei praevia
  - 5.5 Evaluarea statusului maternofetal
- 6 Conduită**
  - 6.1 Asistența prenatală
    - 6.1.1 *Consilierea*
    - 6.1.2 *Conduita în cazul pacientelor cu placenta praevia asistate prenatal în condiții de ambulator*
    - 6.1.3 *Conduita conservatoare în cazul gravidelor cu hemoragie ușoară sau moderată asociate placentei praevia*
      - 6.1.3.1 Măsuri nespecifice
      - 6.1.3.2 Corticoterapia
      - 6.1.3.3 Profilaxia izoimunizării Rh
      - 6.1.3.4 Tocoliza
      - 6.1.3.5 Cerclajul cervical
      - 6.1.3.6 Profilaxia bolii tromboembolice
      - 6.1.3.7 Repararea sau continuarea hemoragiei
  - 6.2 Nașterea la pacienta cu placenta praevia
    - 6.2.1 *Consiliere preoperatorie*
    - 6.2.2 *Alegerea căii de naștere*
      - 6.2.2.1 Operația cezariană
      - 6.2.2.2 Nașterea pe cale vaginală
    - 6.2.3 *Alegerea tehnicii anestezice*
    - 6.2.4 *Măsuri medicale în postpartum*
  - 6.3 Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia
    - 6.3.1 *Măsuri urgente*
    - 6.3.2 *Finalizarea sarcinii gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia*
- 7 Urmărire și monitorizare**
  - 7.1 Monitorizarea ecografică a placentei praevia
  - 7.2 Monitorizarea maternă în hemoragiile ușoare-moderate asociate placentei praevia
  - 7.3 Monitorizarea maternă în hemoragiile severe asociate placentei praevia
  - 7.4 Monitorizarea fetală
- 8 Aspecte administrative**

## **9 Bibliografie**

### **Anexe**

- 16.1. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor
- 16.2. Algoritm de conduită în placentă praevia
- 16.3. Medicația menționată în ghid

## Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate 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, caracterile specifice 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, spre deosebire de protocoale, 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.

Opiniile susținute în această publicație sunt ale autorilor și nu reprezintă în mod necesar opiniile Fondului ONU pentru Populație sau ale Agenției Elvețiene pentru Cooperare și Dezvoltare.

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.ghiduriclinice.ro](http://www.ghiduriclinice.ro).

Ghidurile clinice pentru obstetrică și ginecologie au fost realizate cu sprijinul tehnic și financiar al UNFPA, Fondul ONU pentru Populație și al Agenției Elvețiene pentru Cooperare și Dezvoltare, în cadrul proiectului RoNeoNat.

## **Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor**

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice

Profesor Dr. Gheorghe Peltecu, președinte

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, secretar

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Vlad I. Tica, președinte

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. G. Bănceanu, președinte

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Dr. Roxana Radu, reprezentant

Președinte – Profesor Dr. Florin Stamatian

Co-președinte – Profesor Dr. Gheorghe Peltecu

Secretar – Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

## **Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului**

Coordonator

Profesor Dr. Florin Stamatian

Scriitor

Dr. Gabriela Caracostea

Membri

Șef de lucrări Dr. Daniel Mureșan

Șef de lucrări Dr. Gheorghe Cruciat

Preparator Dr. Kovacs Tunde

Integrator

Dr. Alexandru Epure

## **Evaluatori externi**

Profesor Dr. Decebal Hudiță

Profesor Dr. Béla Szabó

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

## Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
ATI	Anestezie-terapie intensivă
BCF	Bătăile cordului fetal
$\beta$ -HCG	$\beta$ -Human chorionic gonadotropin (gonadotropină corionică umană)
CTG	cardiotocografie
$\gamma$ -GT	Gamma-glutamil transpeptidaza
hCG	Human chorionic gonadotropin (gonadotropină corionică umană)
l	litru
MAF	Mișcări active fetale
mg	miligrame
OG	Obstetrică - Ginecologie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
Rh	Rhesus (factor)
ROC	Risc obstetrical crescut
SA	Săptămâni de amenoree
TA	Tensiune arterială
UI	Unități internaționale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

## 1 INTRODUCERE

Placenta praevia, reprezintă placenta implantată în totalitate sau parțial la nivelul segmentului uterin inferior<sup>(1)</sup>, fiind o cauză majoră de hemoragie antepartum.

Mortalitatea maternă prin hemoragie antepartum în placenta praevia este scăzută în țările dezvoltate (4 cazuri între 2000-2002 raportate în Marea Britanie).<sup>(3)</sup> În schimb, în țările cu nivel socio-economic scăzut și numeroase restricții în sistemele de sănătate publică, placenta praevia continuă să rămână o cauză importantă de deces matern.<sup>(1)</sup>

Decesul fetal intrapartum este mai frecvent în cazul nașterilor premature asociate cu hemoragie intrapartum. Mortalitatea perinatală asociată cu placenta praevia este în jur de 2-3%.<sup>(1)</sup>

Creșterea incidenței operației cezariene, combinată cu vârsta maternă avansată la naștere, determină o continuă creștere a cazurilor de placenta praevia și a complicațiilor sale.<sup>(4)</sup>

După gradul în care orificiul cervical intern este acoperit de placenta praevia, entitatea se clasifică în:

- centrală – zona de implantare a placentei acoperă în întregime orificiul cervical intern
- parțială – placenta acoperă parțial orificiul cervical intern
- marginală – placenta este în contact cu marginea orificiului cervical intern
- laterală – acest termen este utilizat pentru a descrie:
  - o placentă joasă în trimestrul al II-lea de sarcină
  - o placenta inserată pe segmentul inferior și având marginea inferioară a țesutului placentar la 2-3 cm de orificiul cervical intern.<sup>(5, 6, 7, 8, 9)</sup>

Clasificarea de mai sus, dificilă uneori de aplicat în practica curentă, este importantă în aprecierea riscului de morbiditate și mortalitate materno-fetală.<sup>(3)</sup>

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Placenta praevia”, este conceput pentru aplicare la nivel național.

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Placenta praevia”, precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale conduitei particularizate unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Ghidurile clinice pentru obstetrică și ginecologie sunt mai rigide decât protocoalele clinice, ele fiind realizate de grupuri tehnice de elaborare cu respectarea nivelelor de dovezi științifice, de tărie a afirmațiilor și a gradelor de recomandare.

Protocoalele permit un grad mai mare de flexibilitate.

## 2 SCOP

Obiectivul acestui ghid este de a standardiza conduita adecvată antepartum și peripartum în cazurile cu placenta praevia pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.

Prezentul Ghid clinic pentru conduita în cazurile cu placenta praevia, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicina de urgență, terapie intensivă, neonatologie) ce se confruntă cu problematica abordată.

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 practicianul 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

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivel local sau regional.

### 3 METODOLOGIE DE ELABORARE

#### 3.1 Etapele procesului de elaborare

Ca urmare a solicitării Ministerului Sănătății Publice 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 a ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii s-a decis constituirea Grupului de Coordonare a procesului de elaborare a 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 agreate principiile, metodologia de elaborare și formatul ghidurilor.

Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componența Grupului Tehnic de Elaborare, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți evaluatori externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost contractat un integrator. Toate persoanele implicate în redactarea sau evaluarea ghidurilor au semnat Declarații de Interese.

Scriitorii ghidurilor au fost contractați și instruiți asupra metodologiei redactării ghidurilor, după care au elaborat prima versiune a ghidului, în colaborare cu membrii GTE și sub conducerea coordonatorului ghidului.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înțelege medicul de specialitate Obstetrică - 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.

Pentru prezentul ghid au fost revizuite Cochrane Library 2006 vol. 4, bazele de date Medline și Ovid între anii 1970-2006, precum și ghidul în vigoare al Societății Britanice de Obstetrică și Ginecologie privind placenta praevia. Există un număr mic de studii prospective, studii clinice randomizate și metaanalize privind placenta praevia. Majoritatea publicațiilor sunt studii retrospective, studiu de caz și revizuirii sistematice.

Cuvintele cheie utilizate au fost: placenta praevia, hemoragie antepartum.

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 evaluarea externă la experții selectați. Coordonatorul și Grupul Tehnic de Elaborare au luat în considerare și încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de evaluatorii 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 Sinaia, în perioada 27-30 noiembrie 2008. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost agreate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării.

Evaluarea finală a ghidului a fost făcută 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 Publice, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul 1524 din 4 decembrie 2009 și de Colegiul Medicilor prin documentul nr. 171 din 15 ianuarie 2009 și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 30 noiembrie 2008.

#### 3.2 Principii

Ghidul clinic „Placenta praevia” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi 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.

#### 3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2011 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

## **4 STRUCTURĂ**

Acest ghid este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic
- Conduită
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative



## 5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

### 5.1 Suspiciunea clinică de placentă praevia

<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să suspecteze clinic placenta praevia în următoarele cazuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacientă cu sângerare pe cale vaginală după 24 săptămâni de amenoree, neprovocată asociată cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- absența contracțiilor uterine dureroase</li> <li>- tonus uterin normal</li> <li>- prezență distocică</li> <li>- MAF și BCF prezente, normale</li> </ul> </li> <li>- condiții asociate: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ruptura prematură de membrane</li> <li>- întârziere de creștere intrauterină</li> <li>- factori de risc materni (de ex. antecedente de placenta praevia) <sup>(1)</sup></li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
<b>&gt;Recomandare</b>	<p>Se recomandă medicului ca suspiciunea de placenta praevia să fie crescută odată cu asocierea mai multor criterii din cele menționate anterior, indiferent de examinările ecografice anterioare. <sup>(1)</sup></p>	<b>E</b>

### 5.2 Diagnosticul pozitiv al placentei praevia

<b>Standard</b>	<p>În cazul suspiciunii clinice de placenta praevia, medicul trebuie să stabilească diagnosticul pozitiv pe baza examenului ecografic obstetrical.</p>	<b>C</b>
Argumentare	<p>Examenul ecografic obstetrical va fi luat în considerare în susținerea diagnosticului. <sup>(1)</sup></p>	<b>IV</b>

#### 5.2.1 Metode paraclinice de localizare placentară

##### 5.2.1.1 Ecografia obstetricală transabdominală

<b>Standard</b>	<p>Medicul care practică examinarea ecografică obstetricală transabdominală a placentei trebuie să o cuprindă pe aceasta în secțiuni sagitale, parasagitale și transverse.</p>	<b>E</b>
Argumentare	<p>Pentru a putea aprecia raportul între marginea inferioară a placentei și orificiul cervical intern.</p>	
<b>&gt;Recomandare</b>	<p>Se recomandă medicului identificarea inserției cordonului ombilical.</p>	<b>E</b>
Argumentare	<p>În absența inserției centrale, distribuția vaselor la periferia placentei este înalt sugestivă pentru inserția velamentoasă a cordonului ombilical.</p>	
<b>Opțiune</b>	<p>Medicul poate opta pentru utilizarea ecografiei Doppler color.</p>	<b>B</b>
Argumentare	<p>Ecografia Doppler color poate ajuta în precizarea inserției velamentoase de cordon ombilical. <sup>(2, 3, 4)</sup></p>	<b>IIb</b> <b>III</b>

##### 5.2.1.2 Ecografia obstetricală transvaginală

<b>Recomandare</b>	<p>Se recomandă medicului să indice examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia.</p>	<b>B</b>
--------------------	--	----------

Argumentare	Examinarea ecografică transvaginală pentru diagnosticul placentei praevia, constituie o metodă sigură și mai fiabilă decât cea transabdominală, în localizarea ariei placentare. <sup>(5-11)</sup> Transductorul vaginal poate oferi o imagine clară fără a veni în contact cu colul uterin.	<b>Ib</b> <b>III</b>
>Opțiune	Medicul care începe transabdominal examinarea ecografică în cazul suspiciunii de placenta praevia poate să o continue cu ecografie transvaginală.	<b>B</b>
>Argumentare	Schimbarea transductorului permite o stabilire mai exactă a poziției placentei. <sup>(12, 13)</sup>	<b>III</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului indicarea examinării ecografice obstetricale preoperatorii.	<b>E</b>
Argumentare	Pentru aprecierea limitei inferioare a placentei, în relație cu nivelul inciziei ulterioare a uterului.	
<b>5.2.1.3 Rezonanța magnetică nucleară</b>		
<b>Opțiune</b>	Rezonanța magnetică nucleară poate fi indicată de medic în diagnosticul placentei praevia, atunci când imaginile ecografice transabdominale și transvaginale ale acesteia sunt nesatisfăcătoare.	<b>B</b>
Argumentare	Rezonanța magnetică nucleară s-a dovedit a fi utilă mai ales în localizările placentare posterioare, dar în acest moment ea este utilizată doar în context de cercetare. <sup>(14, 15, 16)</sup>	<b>III</b> <b>IV</b>
<b>5.2.2 Examenul clinic obstetrical</b>		
<b>Standard</b>	În cazul unităților medicale ce nu dispun de un echipament ecografic corespunzător sau al hemoragiilor abundente ce nu permit asigurarea deplasării rapide a gravidei spre o astfel de facilitare, medicul trebuie să formuleze diagnosticul de placenta praevia pe baza examenului clinic obstetrical și în special a celui vaginal.	<b>E</b>
> <b>Recomandare</b>	În cazul suspiciunii de placenta praevia, se recomandă ca medicul să realizeze examenul vaginal concomitent cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- determinarea grupului sangvin și a Rh-ului al gravidei</li> <li>- pregătirea mijloacelor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de reanimare</li> <li>- de transfuzie</li> <li>- de intervenție chirurgicală</li> <li>- sălii de operație</li> <li>- personalului necesar operației cezariene de urgență</li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
>Argumentare	Examinarea trebuie efectuată cu pacienta având abord venos prezent, cu sânge izogrup-izoRh pregătit, în sala de operații, cu echipa operatorie pregătită pentru o operație cezariană de urgență.	
> <b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze cu blândețe examenul cu valve/specul.	<b>E</b>
>Argumentare	Examenul cu valve/specul permite diagnosticul diferențial al placentei praevia cu entitățile descrise la cap. 5.4. Prezența acestora totuși, nu înlătură diagnosticul de placenta praevia. Examenul cu valve/specul poate permite vizualizarea țesutului placentar dacă cervixul uterin este parțial dilatat.	
> <b>Standard</b>	În cazul unui col nedilatat, medicul trebuie să palpeze cu prudență fornixurile vaginale.	<b>E</b>
>Argumentare	Dacă se palpează țesut spongios, diagnosticul de placenta praevia este confirmat. Palparea capului fetal îndepărtează diagnosticul de placenta praevia centrală.	

<b>&gt;Opțiune</b>	În cazul dubiului diagnostic, în prezența unui col dilatat, medicul poate să practice cu prudență explorarea digitală intracervicală.	<b>E</b>
<b>&gt;Argumentare</b>	În cazul dubiului diagnostic se practică explorarea digitală intracervicală (doar cu condiția îndeplinirii prealabile a măsurilor de la recomandarea 2/cap. 5.2.2) și dacă se palpează țesut spongios intracervical, diagnosticul de placenta praevia centrală este confirmat. Palparea intracervicală a membranelor și/sau părților fetale atât central cât și marginal îndepărtează diagnosticul de placenta praevia centrală sau marginală. <sup>(17)</sup>	
<b>&gt;Standard</b>	Medicul trebuie să nu repete: <ul style="list-style-type: none"> <li>– tușeul vaginal</li> <li>– explorarea digitală intracervicală</li> </ul>	<b>E</b>
<b>5.3 Diagnosticul de placenta acreta</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să indice examinarea ecografică Doppler color la toate pacientele cu placenta praevia pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de placenta acreta.	<b>B</b>
<b>Argumentare</b>	Pacientele cu placenta praevia au un risc crescut de placenta acreta mai ales în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> <li>– uter cicatricial (cu interval scăzut între operația cezariană și momentul concepției)</li> <li>– placenta praevia cu localizare anterioară<sup>(18-23)</sup></li> </ul>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	Diagnosticul de placenta acreta trebuie confirmat intraoperator.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Pentru a evita un tratament inadecvat deoarece diagnosticul ecografic de placenta acreta poate fi unul fals pozitiv. <sup>(24)</sup>	<b>IV</b>
<b>5.4 Diagnosticul diferențial al placentei praevia</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al placentei praevia cu următoarele entități: <ul style="list-style-type: none"> <li>– decolare prematură de placentă normal inserată</li> <li>– ruptura uterină</li> <li>– cervicite</li> <li>– polipi cervicali</li> <li>– neoplasm cervical</li> <li>– leziunile traumatice ale colului uterin</li> <li>– ruptura prematură de membrane</li> <li>– travaliu prematur</li> <li>– vasa praevia</li> <li>– leziunile traumatice ale peretelui vaginal</li> <li>– avort spontan</li> <li>– sângerare pe cale vaginală, de etiologie nonobstetricală</li> </ul>	<b>E</b>

**5.5 Evaluarea statusului maternofetal**

<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să evalueze statusul matern și fetal astfel:</p> <p>Evaluarea statusului matern se efectuează prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- examen clinic</li> <li>- examen ecografic obstetrical</li> <li>- teste de laborator</li> </ul> <p>Evaluarea statusului fetal se efectuează prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- examen clinic-auscultarea BCF</li> <li>- examen ecografic obstetrical</li> <li>- examen cardiotocografic (vezi cap. Urmărire și Monitorizare)</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să indice evaluarea următorilor parametrii biologici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grup sangvin, factor Rh (Rhesus)</li> <li>- hemoleucogramă cu nr. trombocite</li> <li>- coagulograma</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	<p>În cazul maternităților în care nu poate fi asigurată evaluarea paraclinică maternofetală, medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- să evalueze prin criterii clinice statusul hemodinamic matern și importanța hemoragiei</li> <li>- să evalueze prin criterii clinice statusul fetal</li> </ul>	<b>E</b>

**6 CONDUITĂ****6.1 Asistența prenatală****6.1.1 Consilierea**

<b>Standard</b>	<p>De la 24 SA, medicul trebuie să consilieze pacienta cu placenta praevia pentru ca aceasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- să scadă intensitatea activităților zilnice</li> <li>- să evite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contactul sexual</li> <li>- exercițiul fizic</li> </ul> </li> <li>- să se adreseze imediat medicului în cazul apariției: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sângerării pe cale vaginală</li> <li>- contracțiilor uterine <sup>(1)</sup></li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
-----------------	---	----------

**6.1.2 Conduita în cazul pacientelor cu placenta praevia asistate prenatal în condiții de ambulator**

<b>Recomandare</b>	<p>Se recomandă medicului să acorde asistență prenatală pacientelor cu placenta praevia, în condiții de ambulator, doar dacă:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacienta se poate prezenta la un serviciu medical de specialitate, în cel mai scurt timp posibil</li> <li>- pacienta poate respecta repausul la pat la domiciliu</li> <li>- pacienta este informată asupra adresării imediate în serviciul medical în caz de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sângerare vaginală</li> <li>- contracții uterine dureroase</li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
--------------------	---	----------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacienta este informată asupra riscurilor pe care le presupune absența spitalizării. <sup>(2)</sup></li> </ul>	
<b>Standard</b>	<p>În trimestrul III de sarcină medicul care asigură asistența prenatală a unei gravide cu placenta praevia trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indice confirmarea ecografică a localizării placentare în cazul suspiciunii preexistente de placenta praevia</li> <li>- evite tușeul vaginal</li> <li>- internarea în spital de a gravidei cu placenta praevia centrală sau parțial centrală și cu antecedente de hemoragie antenatală.</li> </ul>	<b>A</b>
Argumentare	La pacientele cu placenta praevia este cunoscut riscul major al unei sângerări masive, brutale în trimestrul III de sarcină, care necesită de cele mai multe ori intervenție chirurgicală de urgență. <sup>(3)</sup>	<b>Ia</b>
<p>6.1.3 <u>Conduita conservatoare în cazul gravidelor cu hemoragie ușoară sau moderată asociate placentei praevia</u></p>		
<p><b>6.1.3.1 Măsuri nespecifice</b></p>		
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie ca, în tratamentul pacientei cu placenta praevia cu sângerare ușoară sau moderată, internate în spital, să vizeze următoarele aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- repausul la pat</li> <li>- evitarea constipației printr-o dieta bogată în fibre vegetale</li> <li>- asigurarea de sânge izogrup, izoRh disponibil</li> <li>- corectarea anemiei prin: <ul style="list-style-type: none"> <li>- administrarea unui preparat de fier parenteral și / sau oral</li> <li>- administrarea transfuziei în cazul în care hematocritul rămâne <math>\leq 30\%</math></li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
> <b>Standard</b>	La paciente cu particularități de crază sangvină (de ex. Trombofiiliile, Sindromul anticorpilor antifosfolipidici) medicul trebuie să colaboreze cu medicul de specialitate hematolog.	<b>C</b>
>Argumentare	Pacientele cu particularități de crază sangvină și placenta praevia reprezintă un grup particular cu risc înalt tromboembolic. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<p><b>6.1.3.2 Corticoterapia</b></p>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice administrarea de corticosteroizi, la paciente cu vârstă gestațională sub 34 săptămâni de amenoree și cu sângerare vaginală. <sup>(4)</sup> (vezi Ghidul 20 „Ruptura prematură și precoce de membrane”)	<b>E</b>
<p><b>6.1.3.3 Profilaxia izoimunizării Rh</b></p>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice administrarea a 300 micrograme imunoglobulina anti-Rh la paciente cu sângerare vaginală antepartum, fără izoimunizare.(vezi Ghidul 03 “Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh”)	<b>E</b>
>Opțiune	Medicul poate să nu indice readministrarea de imunoglobulina anti-Rh dacă nașterea sau un nou episod hemoragic survin în următoarele 3 săptămâni. <sup>(5)</sup>	<b>E</b>
<p><b>6.1.3.4 Tocoliza</b></p>		
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să indice tocoliza în următoarele condiții:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- între 24-37 săptămâni de amenoree în caz de membrane intacte.</li> <li>- orificiu uterin dilatat sub 3 cm</li> </ul>	<b>A</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- corioamniotită absentă</li> <li>- contracții uterine dureroase</li> <li>- sângerare vaginală absentă sau moderată</li> <li>- valori tensionale normale</li> <li>- dacă nu există indicații materne sau fetale de finalizare a sarcinii</li> </ul>	
Argumentare	Etiologia sângerării în placenta praevia este datorată atât procesului dinamic de formare a segmentului inferior cât și dinamicii uterine. Se justifică astfel administrarea medicației tocolitice în contextul acestei patologii. <sup>(6, 7, 8)</sup>	<b>Ib</b>
<b>&gt;Standard</b>	<p>În cazul rupturii premature de membrane, medicul trebuie să indice tocoliza, pentru a permite administrarea de corticosteroizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la paciente stabile hemodinamic</li> <li>- sub 34 săptămâni de amenoree</li> <li>- în absența corioamniotitei. (vezi Ghidul 20 „Ruptura prematură și precoce de membrane”)</li> </ul>	<b>E</b>
<b>6.1.3.5 Cerclajul cervical</b>		
<b>Standard</b>	Medicul nu trebuie să efectueze cerclajul cervical pentru a reduce sângerarea în placenta praevia și a prelungi sarcina.	<b>A</b>
Argumentare	În prezent, numărul redus de trialuri clinice și rezultatele discordante nu susțin includerea metodei în conduita standard. <sup>(3)</sup>	<b>Ib</b>
<b>6.1.3.6 Profilaxia bolii tromboembolice</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să efectueze profilaxia bolii tromboembolice la pacientele internate multă vreme și cu repaos la pat. (vezi Ghidul 04 „Boala tromboembolică în sarcină și lăuzie”)	<b>E</b>
Argumentare	<p>În cazul pacientelor internate pe o perioadă lungă, imobilizarea prelungită la pat crește riscul de tromboembolism. Se recomandă:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mobilizare ușoară</li> </ul> <p>și</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizarea contenției elastice a membrilor inferioare</li> </ul>	
<b>&gt;Recomandare</b>	<p>La pacientele cu risc tromboembolic înalt se recomandă medicului să indice anticoagulare profilactică individualizată (vezi Ghidul 04 „Boala tromboembolică în sarcină și lăuzie”).</p> <p>În această situație este preferată heparina nefracționată în locul acțiunii heparinei cu greutate moleculară mică cu timp de acțiune prelungit. <sup>(2)</sup></p>	<b>E</b>
<b>6.1.3.7 Reapariția sau continuarea hemoragiei</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să aprecieze riscurile și beneficiile materno-fetale ale conduitei ulterioare conservatoare față de finalizarea sarcinii.	<b>E</b>
<b>6.2 Nașterea la pacienta cu placenta praevia</b>		
<b>6.2.1 Consiliere preoperatorie</b>		
<b>Standard</b>	<p>Înainte de momentul nașterii medicul trebuie să consilieze pacienta cu placenta praevia asupra următoarelor aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alegerea căii de naștere</li> <li>- implicațiile hemoragiei</li> </ul>	<b>C</b>

Argumentare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- acceptul pentru o posibilă transfuzie</li> <li>- acceptul pentru o intervenție chirurgicală majoră eventual necesară (de ex. histerectomie)</li> </ul> <p>Diagnosticul preoperator de placenta praevia și în special acreta, increta și percreta implică un risc crescut de hemoragie, necesitate de transfuzie și histerectomie.<sup>(2)</sup></p>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	<p>6.2.2 <u>Alegerea căii de naștere</u></p> <p>Calea de naștere trebuie decisă de medic pe baza examenului clinic și a examinării ecografice obstetricale.<sup>(2)</sup></p>	<b>E</b>
<b>&gt;Recomandare</b>	<p>Se recomandă medicului că în decizia asupra căii de naștere să ia în considerare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amploarea hemoragiei</li> <li>- raportul între marginea placentei și orificiul cervical intern</li> <li>- dilatația orificiului uterin</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	<p><b>6.2.2.1 Operația cezariană</b></p> <p>Operația cezariană trebuie aleasă de medic ca și cale de naștere în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicațiile de la cap. 6.3.2.</li> <li>- raport intim între marginea inferioară a placentei și orificiul cervical intern</li> </ul>	<b>B</b>
Argumentare	<p>Raportul intim se definește atunci când marginea inferioară a placentei se află la mai puțin de 2 cm de orificiul cervical intern, mai ales în localizările posterioare.<sup>(2, 9,10, 11, 12, 13)</sup></p>	<b>III</b>
<b>&gt;Recomandare</b>	<p>În absența indicației chirurgicale de urgență, se recomandă medicului să indice operația cezariană electivă la 38 de săptămâni de amenoree.</p>	<b>C</b>
<b>&gt;Argumentare</b>	<p>Morbiditatea neonatală crește semnificativ după această vârstă de gestație.<sup>(2)</sup></p>	<b>IV</b>
<b>&gt;&gt;Standard</b>	<p>Medicul trebuie să evite dilacerarea țesutului placentar.</p>	<b>C</b>
<b>&gt;&gt;Argumentare</b>	<p>Această manevră poate agrava sângerarea la nivelul patului placentar.<sup>(14)</sup></p>	<b>IV</b>
<b>&gt;&gt;&gt;Standard</b>	<p>În cazul imposibilității asigurării hemostazei, medicul trebuie să efectueze manevre chirurgicale adiționale particularizate pacientei (de la cele conservatoare până la histerectomia totală de hemostază)<sup>(2)</sup></p>	<b>E</b>
<b>Opțiune</b>	<p>În cazuri individualizate și la solicitarea informată a pacientei cu placenta praevia acreta, medicul poate opta și pentru o conduită conservativă.</p>	<b>B</b>
Argumentare	<p>În vederea păstrării fertilității pacientei, medicul poate decide în cazul placentei praevia acreta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lăsarea pe loc a placentei în timpul operației cezariene, asociat cu embolizarea selectivă a arterelor uterine sau ligatura arterelor iliace interne</li> <li>- monitorizarea seriată săptămânală în postpartum a β-HCG seric</li> <li>- administrarea postpartum de methotrexatum<sup>(15-19)</sup></li> </ul>	<b>III</b>
<b>&gt;Standard</b>	<p>Medicul trebuie să informeze preoperator pacienta asupra riscurilor conduitei conservative.</p>	<b>E</b>
<b>&gt;Argumentare</b>	<p>În cazul conduitei conservative, există riscul unei hemoragii tardive care poate necesita practicarea histerectomiei de necesitate.</p>	

	<b>6.2.2.2 Nașterea pe cale vaginală</b>	
<b>Opțiune</b>	Nașterea pe cale vaginală poate fi luată în considerare de către medic atât timp cât statusul hemodinamic matern este stabil, în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> <li>– placentă praevia laterală, când capul fetal depășește marginea inferioară a placentei</li> <li>– placentă praevia marginală, când capul fetal poate comprima placentă, prevenind hemoragia<sup>(48)</sup></li> </ul>	<b>E</b>
	<b>6.2.3 Alegerea tehnicii anestezice</b>	
<b>Standard</b>	Medicul ATI în colaborare cu medicul OG trebuie să aleagă tehnica optimă de anestezie particularizată cazului și acest lucru trebuie comunicat pacientei, pentru obținerea consimțământului ei.	<b>E</b>
<b>&gt;Standard</b>	În cazul pacientelor instabile hemodinamic, operația cezariană trebuie efectuată de medic sub anestezie generală. <sup>(20, 21, 22, 23)</sup>	<b>B</b>
<b>&gt;Argumentare</b>	Anestezia generală permite un abord chirurgical rapid concomitent cu corectarea parametrilor hematologici. <sup>(20, 21, 22, 23)</sup>	<b>IIb</b>
<b>&gt;Recomandare</b>	Se recomandă medicului practicarea operației cezariene sub anestezie regională în cazul pacientelor stabile hemodinamic, în absența urgenței obstetricale.	<b>A</b>
<b>&gt;Argumentare</b>	Necesitatea administrării de sânge post-partum s-a dovedit a fi mai crescută la pacientele la care s-a practicat operația cezariană sub anestezie generală. <sup>(23, 24)</sup>	<b>Ib</b> <b>IIb</b>
	<b>6.2.4 Măsuri medicale în postpartum</b>	
<b>Recomandare</b>	Post-partum, în caz de hemoragie masivă se recomandă medicului să indice administrarea agenților uterotonici.	<b>E</b>
<b>Argumentare</b>	În scopul reducerii pierderilor de sânge datorate hipotoniei uterine. <sup>(25)</sup>	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să indice administrarea profilactică de antibiotice în caz de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– operație cezariană</li> <li>– extracție manuală de placentă (vezi Ghidul 02 „Profilaxia cu antibiotice în obstetrică–ginecologie”)</li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Morbiditatea infecțioasă maternă crește semnificativ în aceste situații. <sup>(26, 27)</sup>	<b>IV</b>
	<b>6.3 Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia</b>	
	<b>6.3.1 Măsuri urgente</b>	
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice asigurarea unui abord venos multiplu.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să solicite sânge izogrup/izoRh.	<b>E</b>
	<b>6.3.2 Finalizarea sarcinii gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia</b>	
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice nașterea în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> <li>– traseu cardiotocografic de alarmă care nu răspunde la: <ul style="list-style-type: none"> <li>– administrarea de oxigen la mamă</li> <li>– decubit lateral stâng și</li> <li>– refacerea volemiei materne</li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hemoragie maternă nestăpânită prin mijloacele menționate</li> <li>- hemoragie survenită după 34 de săptămâni de amenoree, când se consideră prezentă maturarea pulmonară fetală</li> </ul>	
<b>&gt;Standard</b>	Medicul trebuie să indice ca nașterea să se desfășoare prin operație cezariană.	<b>E</b>
<b>&gt;&gt;Recomandare</b>	Se recomandă ca intervenția chirurgicală să fie efectuată cât mai rapid, de un medic experimentat.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În fața unei suspiciuni de placenta acreta medicul trebuie să anticipeze orice conduită chirurgicală.	<b>E</b>

## 7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să monitorizeze statusul matern și fetal. (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic)	<b>E</b>
<b>Standard</b>	<p>În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile diagnosticării clinice sau ecografice de placenta praevia, medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- să determine statusul hemodinamic matern (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic)</li> <li>- să asigure stabilitatea hemodinamică maternă (vezi Cap. Conduită)</li> <li>- să aprecieze statusul fetal (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic)</li> <li>- să asigure transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate de nivel superior</li> </ul>	<b>E</b>
	<b>7.1 Monitorizarea ecografică a placentei praevia</b>	
<b>Recomandare</b>	<p>În fața diagnosticului de placenta praevia precizat după 24 SA, se recomandă ca medic să indice urmărirea acesteia prin examinări ecografice seriate după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pacientele cu placenta praevia laterală sau marginală, asimptomatică – examinarea trebuie repetată lunar</li> <li>- la pacientele cu placenta praevia centrală și parțial centrală, asimptomatică – examinarea ecografică trebuie repetată la intervale de 2 săptămâni</li> <li>- pacientele cu placenta praevia și sângerare vaginală – vor fi monitorizate ecografic la intervale individualizate, în funcție de importanța hemoragiei</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Argumentare</b>	Examinarea ecografică seriată este utilă pentru a clarifica diagnosticul și a putea stabili conduita în trimestrul al III-lea de sarcină și la naștere precum și pentru a modifica atitudinea terapeutică în funcție de importanța hemoragiei. <sup>(1,2)</sup>	<b>III</b> <b>IV</b>
	<b>7.2 Monitorizarea maternă în hemoragiile ușoare-moderate asociate placentei praevia</b>	
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să monitorizeze statusul hemodinamic matern prin determinarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zilnică a TA, pulsului</li> <li>- săptămânală a investigațiilor de laborator – (vezi Cap. Evaluare și Diagnostic)</li> </ul>	<b>E</b>
	<b>7.3 Monitorizarea maternă în hemoragiile severe asociate placentei praevia</b>	
<b>Recomandare</b>	Se recomanda medicului să indice monitorizarea TA și a frecvenței cardiace materne.	<b>E</b>

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice monitorizarea debitului urinar.	<b>E</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să indice evaluarea periodică a următorilor parametri biologici: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hemoglobina, hematocrit, coagulogramă</li> <li>– ionogramă serică, creatinină, acid uric, clearance creatinină</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul OG și medicul ATI trebuie să indice ca la pacienta aflată în postpartum-ul imediat să fie urmărite următoarele aspecte: <ul style="list-style-type: none"> <li>– statusul hemodinamic matern</li> <li>– corectarea tulburărilor de coagulare</li> <li>– retracția uterină</li> <li>– sângerarea vaginală</li> </ul>	<b>E</b>

#### 7.4 Monitorizarea fetală

<b>Standard</b>	În cazul conduitei conservatoare la gravidele cu placenta praevia, medicul trebuie să indice monitorizarea cardiocografică fetală, concomitent cu cea maternă în absența sângerării vaginale.	<b>E</b>
-----------------	---	----------

## 8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul pacientelor cu placenta praevia, să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să considere placenta praevia ca o sarcină cu ROC și ca pe o urgență obstetricală.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul din ambulator sau din unitățile fără linie de gardă ATI, trebuie să indice supravegherea pacientelor cu diagnostic de placenta praevia, pe toată durata sarcinii și a travaliului într-o unitate de nivel superior.	<b>E</b>
<b>Recomandare</b>	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile unei suspiciuni clinice sau ecografice de placenta praevia cu sângerare, se recomandă ca medicul să indice transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate obstetricală de nivel superior.	<b>E</b>
<b>&gt;Recomandare</b>	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, atunci când transferul într-o unitate de nivel superior nu poate fi asigurat în condiții optime, medicul trebuie: <ul style="list-style-type: none"> <li>– să consemneze în foaia de observație a pacientei motivul menținerii pacientei în unitatea spitalicească respectivă</li> <li>– să decidă conduita obstetricală optimă vizând un risc vital matern minim</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice ca gravida cu placenta praevia și hemoragie severă să fie preluată direct în sala de operații.	<b>E</b>
<b>&gt;Standard</b>	Medicul trebuie să anunțe seful secției (sau al gărzii), alți medici OG disponibili, medicul ATI și neonatolog despre caz, iar echipa formată va decide planul terapeutic, metodele de reanimare, momentul și calea de naștere.	<b>E</b>

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la monitorizarea și tratamentul tulburărilor de coagulare, prognosticul fetal, decizia alegerii căii de naștere.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În foaia de observație a pacientei medicul curant OG trebuie să menționeze toate aspectele legate de vaccinarea cu imunoglobulina anti-D (conform ghidului 03/2007 "Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh"	<b>E</b>

## 9 BIBLIOGRAFIE

### Introducere

1. The Cochrane Library, Interventions for suspected placenta praevia The Cochrane Collaboration Vol.4, 2006, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001998.html>
2. Faiz, AS, Ananth, CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13:175.
3. McShane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta praevia. *Obstet Gynecol* 1985;65:176-82.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnostic and management. Guideline No. 27 [http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta\\_previa\\_accreta.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta_previa_accreta.pdf)
5. Lavery, JP. Placenta previa. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:414.
6. Laughon SK, Wolfe HM, Visco, AG. Prior cesarean and the risk for placenta previa on second-trimester ultrasonography. *Obstet Gynecol* 2005; 105:962.
7. Ananth, CV, Demissie, K, Smulian, JC, Vintzileos, AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: A comparison of risk factor profiles and associated conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:275.
8. Predanic, M, Perni, SC, Baergen, RN, et al. A sonographic assessment of different patterns of placenta previa „migration” in the third trimester of pregnancy. *J Ultrasound Med* 2005; 24:773.
9. Oppenheimer, LW, Farine, D, Ritchie, JW, et al. What is a low-lying placenta?. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:1036.

### Evaluare și Diagnostic

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnostic and management. Guideline No. 27. London:RCOG; 2005. [http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta\\_previa\\_accreta.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta_previa_accreta.pdf)
2. Sepulveda, W, Rojas, I, Robert, JA, et al. Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21:564.
3. Kouyoumdjian, A. Velamentous insertion of the umbilical cord. *Obstet Gynecol* 1980; 56:737.
4. Nomiya, M, Toyota, Y, Kawano, H. Antenatal diagnosis of velamentous umbilical cord insertion and vasa previa with color Doppler imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12:426.
5. Oleyese KO, Holden D, Awadh a, Coates S, Campbell S. – Placenta praevia: the case for transvaginal sonography. *Cont Rev Obstet Gynecol* 1999;11:257-61.
6. Smith RS, Lauria MR, Comstock CH, Treadwell MC, Kirk JS, Lee W, et al. Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear to be low-lying or over the internal cervical os. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:22-4.
7. Leerentveld RA, Gilberts ECAM, Arnold MJC, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization. *Obstet Gynecol* 1990;76:759-62.
8. Lauria MR, Smith RS, Treadwell MC, Comstock CH, Kirk JS, Lee w, et al. The use of second-trimester transvaginal sonography to predict placenta praevia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8:337-40.
9. Oppenheimer LW, Farine D, Knox Ritchie JW, Lewinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. What is a low-lying placenta? *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1-36-8.
10. Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Mediaris AL. Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta praevia? *Ultrasound Obstet Gynecol* 1992;2:256-60.
11. Mustafa SA, Brizot ML, Carvalho MH, Watanabe L, Kahhale S, Zugaib . Transvaginal ultrasonography in predicting placenta praevia at delivery: a longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:356-9.
12. Timor-Tritsch, IE, Monteagudo, A. Diagnosis of placenta previa by transvaginal sonography. *Ann Med* 1993; 25:279.
13. Dawson, WB, Dumas, MD, Romano, WM, et al. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome?. *J Ultrasound Med* 1996; 15:441.
14. Powel MC, Buckley J, Price H, Worthington BS, Symonds EM. Magnetic resonance imaging and placenta praevia. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:656-9.
15. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investigation* 2002;9:37-40.
16. The Cochrane Library, Interventions for suspected placenta praevia The Cochrane Collaboration Vol.4, 2006, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001998.html>

17. Making\_Pregnancy\_Safer  
[http://www.whoindia.org/LinkFiles/Making\\_Pregnancy\\_Safer\\_MCPC\\_Section2.pdf](http://www.whoindia.org/LinkFiles/Making_Pregnancy_Safer_MCPC_Section2.pdf)
18. Miller DA, Chollet JA, Goodwin t. Clinical risk factors for placenta praevia-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-14.
19. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta praevia/accrete and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.
20. Wax JR, Seiler A, Horowitz S, Ingardia CJ. Interpregnancy interval as a risk factor for placenta accreta. *Conn med* 2000;64:659-61.
21. Finberg HJ, Williams JW. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta praevia and prior cesarean section. *UltrasoundMed*1992;11:333-43
22. Chou MM, Ho ESC. Prenatal diagnosis of placenta praevia/accreta with power amplitude ultrasonic angiography. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1523-5.
23. Clark, SL, Koonings, PP, Phelan, JP. Placenta praevia/accreta and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 66:89.
24. Russ PD, Tomaszewski G, Coffin C. Pelvic varices mimicking placenta percreta at sonography. *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 2000;16:183-8.

### Conduită

1. Faiz, AS, Ananth, CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13:175.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnostic and management. Guideline No. 27 [http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta\\_previa\\_accreta.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/placenta_previa_accreta.pdf)
3. The Cochrane Library, Interventions for suspected placenta praevia The Cochrane Collaboration Vol.4, 2006, . <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001998.html>
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome.GuidelineNo.7.London.[http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal\\_corticosteroids\\_No7.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_corticosteroids_No7.pdf)
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Use of anti-D immunoglobulin for rhesus prophylaxis. Guideline No. 22. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1972>
6. Silver R, Deep R, Sabbagha RE, Dooley SL, Socol ML, Tamura RK. Placenta praevia: aggressive expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:15-22.
7. Sharma A, Suri V, Gupta I. Tocolytic therapy in conservative management of symptomatic placenta praevia. *Int J Gynecol Obstet* 2004;84:109-13.
8. Besinger RE, Moniak CW, Paskiewicz LS, Fishes SG, Tomich PG. The effect of tocolytic use in management of symptomatic placenta praevia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172:1770-8.
9. Ghourab S. Third trimester transvaginal ultrasonography in placenta praevia: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:103-8.
10. Oppenheimer, LW, Farine, D, Ritchie, JW, et al. What is a low-lying placenta?. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:1036.
11. Dawson, WB, Dumas, MD, Romano, WM, et al. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome?. *J Ultrasound Med* 1996; 15:441.
12. Bhide, A, Prefumo, F, Moore, J, et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG* 2003; 110:860.
13. Oyelese, Y, Smulian, JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107:927.
14. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetrics* 19<sup>th</sup> edition. Placenta Praevia pag.836-40.
15. Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grange G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril* 2002;78:637-8.
16. Courbiere B, Bretelle F, Porcu G, Gamere M, Blanc B. Conservative treatment of placenta accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:549-54.
17. Clement D, Hayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta:a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:108-9.
18. Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure to methotrxate and internal iliac ballon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002;99:981-2.
19. Dinkel HP, Durig P, Schnatterbeck P, Triller J. Percutaneous treatment of placenta percreta using coil embolisation. *J Endovasc Ther* 2003;10:158-62.
20. Chervenak, FA, Lee, Y, Hendler, MA, et al. Role of attempted vaginal delivery in the management of placenta previa. *Obstet Gynecol* 1984; 64:798.
21. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika cs. Placenta praevia: a 22 year analysis. *Am J Obstet Gynecol*

- 1999;180:1432-7.
22. Bonner SM, Haynes SR, Ryall D. The anesthetic management of caesarean section for placenta praevia: a questionnaire survey. *Anaesthesia* 1995;50:992-4.
  23. Parekh N, Husaini SW, Russell IE. Caesarean section for placenta praevia: a retrospective study of anaesthetic management. *Br j Anaesth* 2000;84:725-30.
  24. Hong JY, Jee YS, Yoon HJ, Kim SM. Comparison of general and epidural anesthesia in elective cesarean section for placenta previa totalis: maternal hemodynamics, blood loss and neonatal outcome. *Int J Obstet Anesth.* 2003 Jan;12(1):12-6.
  25. Merrikay AO, Mariano JP. Controlling refractory atonic postpartum haemorrhage with Hembate sterile solution. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:205-8.
  26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women requesting Induced Abortion. Evidence-Based Clinical Guideline No.7. London <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=662>
  27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Effective Procedures in Maternity Care Suitable for Audit. London, [www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1418](http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1418)

#### **Urmărire și monitorizare**

1. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami . The relevance of placental location at 20-23 weeks for prediction of placenta praevia at delivery: evaluation of 8650 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;17:496-501.
2. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta praevia according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol* 2002;99:692-7.
3. Zaki ZMS, Bahar AM, Ali ME, Albar HAM, Gerias a. Risk factors and morbidity in patients with placenta praevia/accreta compared to placenta praevia non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:391-4.

#### **Anexa 2**

1. Adaptat după "Accute Antepartum Management Framework - Clinical Guidelines/The Royal Women Hospital 2005" [http://www.rwh.org.au/rwhcpg/womenshealth.cfm?doc\\_id=5081](http://www.rwh.org.au/rwhcpg/womenshealth.cfm?doc_id=5081).

#### **Anexa 3**

1. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investigation* 2002;9:37-40.
2. The Cochrane Library, Interventions for suspected placenta praevia The Cochrane Collaboration Vol.4, 2006, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001998.html>
3. Making\_Pregnancy\_Safer [http://www.whoindia.org/LinkFiles/Making\\_Pregnancy\\_Safer\\_MCPC\\_Section2.pdf](http://www.whoindia.org/LinkFiles/Making_Pregnancy_Safer_MCPC_Section2.pdf)
4. Miller DA, Chollet JA, Goodwin t. Clinical risk factors for placenta praevia-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-14.
5. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta praevia/accrete and prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985;66:89-92.

## **ANEXE**

- 16.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor
- 16.2 Algoritm de conduită în placenta praevia
- 16.3 Medicația menționată în ghid

**16.1. 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.

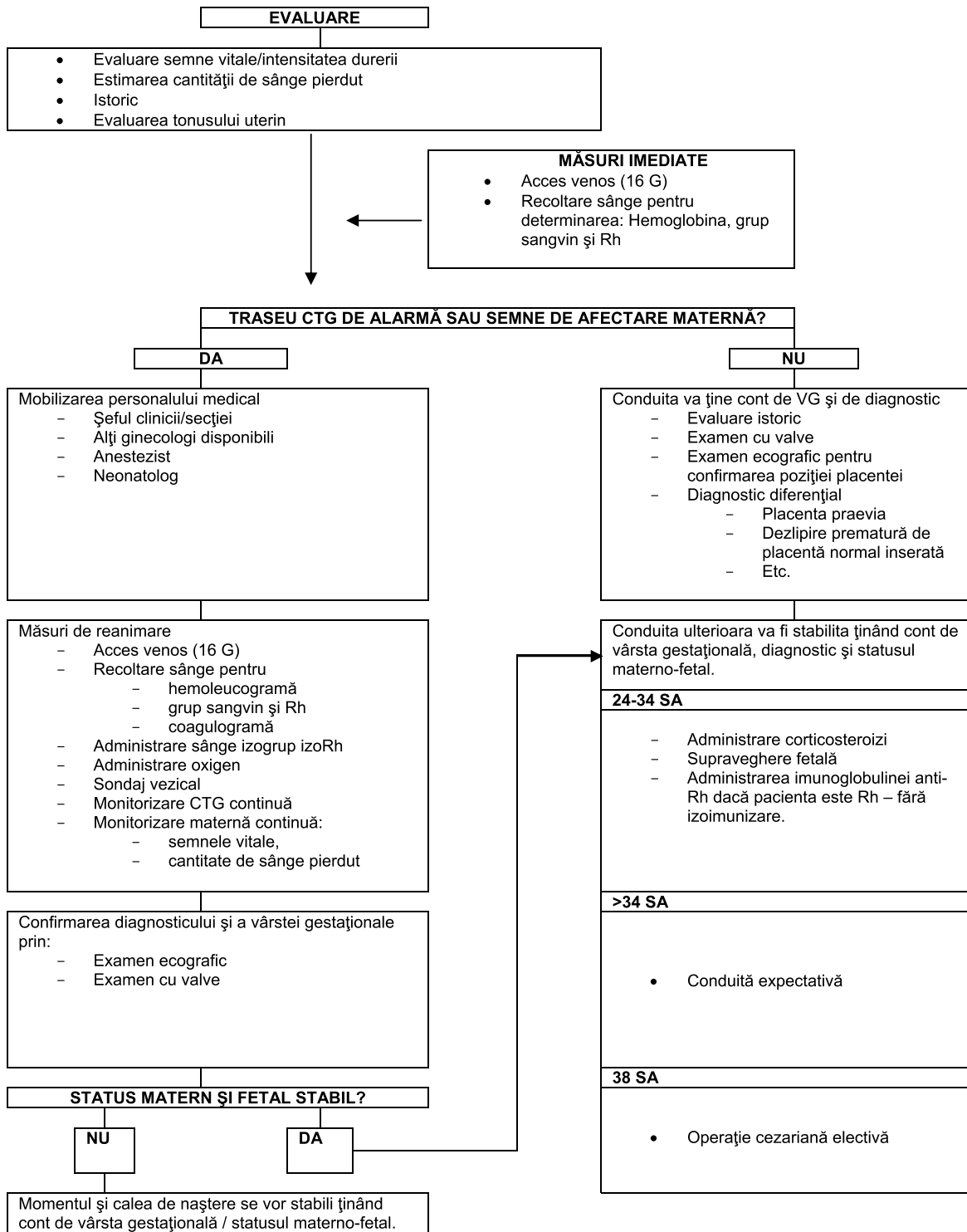
**Tabel 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare**

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 conceput.
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 experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

## 16.2. Algoritm de conduită în placenta praevia





**16.3 Medicația menționată în ghid**

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Methotrexatum</b>
<b>Indicația</b>	Placenta praevia accreta
<b>Doza (regim)</b>	200mg în 4 prize (50mg/zi) intramuscular <sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup>
<b>Contraindicații</b>	Alăptare, imunodeficiența, boala pulmonară activă, ulcer gastric, afectare hepatică renală sau hematologică semnificativă, hipersensibilitate la methotrexatum
<b>Interacțiuni</b>	Riscul toxicității methotrexatum-ului crește odată cu administrarea concomitentă de salicilați, phenytoinum, probenecidum și sulfonamide. Methotrexatum-ul scade nivelul seric și efectul terapeutic al digoxinum-ului în cazul administrării simultane.
<b>Sarcină</b>	Categoria <b>D</b>
<b>Monitorizare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\beta</math>-hCG săptămânal până la o concentrație de 10-15UI/l</li> <li>– Hemoleucogramă, grup sangvin și Rh, trombocite și enzime hepatice, funcție renală – înainte de debutului și în timpul tratamentului</li> <li>– Examinarea ecografică săptămânală</li> </ul>