

## Ruptura uterină

### 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 Diagnosticul de suspiciune al rupturii uterine
  - 5.2 Diagnosticul pozitiv al rupturii uterine
    - 5.2.1 *Clinica sindromului de preruptura uterină*
    - 5.2.2 *Clinica rupturii uterine constituite pe uter necicatricial*
    - 5.2.3 *Diagnosticul rupturii uterului cicatricial*
  - 5.3 Diagnosticul diferențial al rupturii uterine
  - 5.4 Evaluarea paraclinică în caz de ruptură uterină
  - 5.5 Evaluarea fetală în caz de ruptură uterină
- 6 Conduită**
  - 6.1 Profilaxia rupturii uterine
  - 6.2 Sindromul de preruptură uterină
  - 6.3 Nașterea vaginală după operație cezariană
  - 6.4 Ruptura uterină pe uter cicatricial
  - 6.5 Ruptura uterină pe uter integru
- 7 Urmărire și monitorizare**
  - 7.1 Aspecte legate de conservarea potențialului reproductiv al pacientei
- 8 Aspecte administrative**
- 9 Bibliografie**
- Urmărire și monitorizare**
- Aspecte administrative**
- Anexe**
  - 17.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

## 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. Gh. Peltecu, președinte

Profesor Dr. R. Vlădăreanu, secretar

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. V. 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

Șef de lucrări Dr. Daniel Mureșan

Membri

Dr. Gabriela Caracostea

Șef de lucrări Dr. Gheorghe Cruciat

Dr. Kovacs Tunde

Integrator

Dr. Alexandru Epure

## **Evaluatori externi**

Profesor Dr. Decebal Hudiță

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Profesor Dr. Béla Szabó

## Abrevieri

|       |  |
|-------|--|
| AGREE | Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare) |
| ATI   | Anestezie-terapie intensivă  |
| CTG   | Cardiotocogramă  |
| NN    | Neonatologie   |
| OG    | Obstetrică-ginecologie   |
| OMS   | Organizația Mondială a Sănătății   |
| ONU   | Organizația Națiunilor Unite   |
| NVOC  | Naștere Vaginală după Operație Cezariană   |
| Rh    | (Factor) Rhesus  |
| RU    | Ruptură uterină  |
| SA    | Săptămâni de amenoree  |
| TA    | Tensiune arterială   |
| UNFPA | United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)                                       |

## 1 INTRODUCERE

Ruptură uterină – este o urgență obstetricală majoră deoarece este amenințată atât viața fătului cât și a mamei. Formele majore din păcate au un prognostic fetal sumbru, mortalitatea ajungând la 60-70%.<sup>(1, 2)</sup>

Incidența – după datele furnizate de OMS incidența rupturii uterine variază de la 1/1514 până la 1/11365 nașteri, fiind invers proporțională cu nivelul socio-economic al țării. În România se descrie o incidență de aproximativ 1/705 nașteri.<sup>(3,4,5)</sup>

Clasificare:

- Completă – interesează toate cele 3 straturi ale peretelui uterin ducând la hemoragie intraperitoneală
- Incompletă – în care este respectat unul din straturi, în special cel seros, localizate mai ales la nivelul bordurilor uterine, ajungându-se la formarea unui hematom important subperitoneal<sup>(1, 4)</sup>

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

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Ruptura uterină”, 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 în cazul rupturii uterine pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.

Prezentul Ghid clinic pentru conduita în Ruptura uterină, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicina de familie, medicina de urgență, neonatologie, ATI, chirurgie) 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 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 formatului 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.

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 „Ruptura uterină” 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 tăria afirmației (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 Diagnosticul de suspiciune al rupturii uterine

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să suspecteze posibilitatea unei rupturi uterine atunci când sunt prezenți următorii factori de risc: <sup>(1)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Uter cicatriceal prin: <ul style="list-style-type: none"> <li>– cezariană</li> <li>– histerotomie</li> <li>– miomectomie</li> <li>– metroplastie</li> </ul> </li> <li>– Traumatisme: <ul style="list-style-type: none"> <li>– accident rutier</li> <li>– avort</li> <li>– travaliu hipertonic</li> <li>– plăgi penetrante</li> <li>– extracție manuală de placentă</li> <li>– manipulări uterine</li> <li>– nașteri instrumentale prin aplicare de forceps sau vidextractor <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilizare incorectă a ocitocicelor, sau a prostaglandinelor</li> </ul> </li> <li>– Multiparitate</li> <li>– Nașteri distocice: perioada de dilatare mai lungă de 12 ore și perioada de expulzie mai lungă de 3 ore</li> <li>– Factori fetal: <ul style="list-style-type: none"> <li>– macrosomie</li> <li>– malpoziții</li> <li>– malformații care induc un exces de volum fetal localizat <ul style="list-style-type: none"> <li>– Malformații uterine</li> <li>– Patologie neoplazică</li> <li>– Adenomioza</li> <li>– Consum de cocaină</li> <li>– Hiperdistensia uterului</li> </ul> </li> <li>– hidramnios</li> <li>– sarcina multiplă <sup>(2, 3, 4)</sup></li> </ul> </li> </ul> </li></ul> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|

### 5.2 Diagnosticul pozitiv al rupturii uterine

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să precizeze diagnosticul de ruptură uterină atunci când sunt prezente următoarele semne clinice. <sup>(2, 4)</sup></p> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|

#### 5.2.1 Clinica sindromului de pruruptura uterină

|                 |   |          |
|-----------------|---|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să diagnosticheze sindromul de pruruptură uterină la o parturientă cu uter integru, atunci când constată: <sup>(3, 4)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Triada Bandl-Frommel: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hipertonicitate uterină</li> <li>și</li> <li>– ascensionarea inelului de rețracție Bandl, situat la limita dintre segmentul inferior și segmentul superior uterin</li> <li>și</li> </ul> </li> </ul> | <b>E</b> |
|-----------------|---|----------|

- tensiunea ligamentelor rotunde, care se percep la palpare ca două cordoane întinse, dureroase
- la care se pot asocia:
  - durere suprasimfizară, sensibilitate intensă a segmentului inferior
  - sângerare uterină redusă, provenită din extravazări și leziuni ale deciduei
  - modificări plastice ale prezentației (bose voluminoase)
  - distensia vezicii urinare (+/-glob vezical)
  - hematurie
  - suferință fetală (2, 3, 4)

#### 5.2.2 Clinica rupturii uterine constituite pe uter necicatricial

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să suspecteze ruptura uterină constituită la o parturientă, atunci când constată:<sup>(4)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sângerare pe cale vaginală</li> <li>- stare de șoc matern</li> <li>- oprirea travaliului</li> <li>- ascensionarea prezentației: fătul poate fi parțial sau total expulzat intraperitoneal</li> <li>- abdomen meteorizat, dureros la palpare (2, 3, 4)</li> <li>- ruptură cervicală propagată la segmentul inferior după expulzia fătului</li> <li>- suferință sau deces fetal</li> </ul> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|

#### 5.2.3 Diagnosticul rupturii uterului cicatriceal

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să suspecteze o ruptură a unui uter cicatriceal atunci când constată unul dintre următoarele elemente:<sup>(5)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anomalii ale cardiocografiei</li> <li>- durere neobișnuită suprasimfizară însoțită de anxietate maternă și oprirea contracțiilor uterine (2, 3, 4)</li> <li>- sângerare pe cale vaginală</li> <li>- palparea extrauterină a prezentației sau a fătului</li> </ul> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|

|                 |   |            |
|-----------------|---|------------|
| <b>Standard</b> | Medicul trebuie să indice efectuarea unui control uterin manual după delivrență la pacientele cu uter cicatriceal care au născut pe cale vaginală. <sup>(3,4)</sup> | <b>B</b>   |
| Argumentare     | Pentru a exclude diagnosticul de ruptura uterină. <sup>(3,4)</sup>  | <b>IIb</b> |

#### 5.3 **Diagnosticul diferențial al rupturii uterine**

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al rupturii uterine cu următoarele entități clinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dezlipirea prematură de placentă normal inserată</li> <li>- placenta praevia</li> </ul> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|

#### 5.4 **Evaluarea paraclinică în caz de ruptură uterină**

|                 |  |          |
|-----------------|--|----------|
| <b>Standard</b> | <p>Medicul trebuie să indice evaluarea de urgență a următorilor parametri paraclinici materni în cazul unei rupturi uterine (dacă nu a fost deja efectuată):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- grupul de sânge și Rh-ul</li> <li>- hemoleucograma completă</li> <li>- coagulograma</li> </ul> | <b>E</b> |
|-----------------|--|----------|



**5.5 Evaluarea fetală în caz de ruptură uterină**

|                 |  |            |
|-----------------|--|------------|
| <b>Standard</b> | Medicul trebuie să indice evaluarea urgentă a stării fetale prin: <sup>(2, 4)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– auscultația cordului fetal</li> <li>sau</li> <li>– cardiocografie</li> <li>sau</li> <li>– ecografie obstetricală</li> </ul> | <b>B</b>   |
| Argumentare     | Starea fătului se alterează rapid, până la deces fetal. <sup>(2, 4)</sup>  | <b>IIb</b> |

**6 CONDUITĂ****6.1 Profilaxia rupturii uterine**

|                 |   |            |
|-----------------|---|------------|
| <b>Standard</b> | Medicul trebuie să facă profilaxia RU prin: <sup>(4)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– recunoașterea la timp a unei probe de travaliu negative</li> <li>– cunoașterea factorilor de risc pentru RU (vezi cap. 5.2)</li> <li>– evaluarea posibilității nașterii pe cale vaginală în caz de uter cicatricial după Operație Cezariană</li> <li>– evitarea hiperstimularii uterine (oxitocina, prostaglandine)</li> <li>– contraindicarea manevrelor obstetricale pe uter cicatricial</li> </ul> | <b>B</b>   |
| Argumentare     | Respectarea acestor indicații scade riscul unei RU pe uter integru și pe uter cicatriceal.  | <b>IIb</b> |

**6.2 Sindromul de preruptură uterină**

|                     |   |          |
|---------------------|---|----------|
| <b>Standard</b>     | Medicul trebuie să indice urgent, în cazul sindromului de preruptură uterină: <ul style="list-style-type: none"> <li>– corectarea dinamicii uterine:</li> <li>– oprirea perfuziei ocitocice</li> <li>sau/și</li> <li>– administrarea de tocolitice</li> <li>– decubit lateral stâng</li> <li>– administrare de oxigen</li> <li>– mobilizarea personalului ATI, NN și al sălii de operație</li> </ul>  | <b>E</b> |
| <b>&gt;Standard</b> | În caz de distocie mecanică medicul trebuie să indice finalizarea nașterii prin operație cezariană.   | <b>E</b> |
| <b>Standard</b>     | Dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene de urgență, medicul trebuie să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III.  | <b>E</b> |
| <b>Standard</b>     | Medicul trebuie să indice transferul pacientei cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– salvare dotată anti-șoc</li> <li>– însoțită de personal medical calificat</li> <li>– administrare de oxigen pe mască</li> <li>– cu 2 linii venoase abordate</li> <li>– administrarea de soluții cristaloide pentru a menține echilibrul hemo-dinamic al pacientei până la destinație</li> <li>– tocoliza contractilității uterine excesive</li> <li>– anunțarea telefonică prealabilă a unității către care se face transferul, pentru a</li> </ul> | <b>E</b> |

pregăti și organiza activitățile obstetricale și chirurgicale necesare

### 6.3 Nașterea vaginală după operație cezariană

|                 |   |            |
|-----------------|---|------------|
| <b>Opțiune</b>  | Medicului poate să indice utilizarea analgeziei peridurale în NVOC.   | <b>B</b>   |
| Argumentare     | Analgezia peridurală optimizează evoluția travaliului și nu maschează simptomele unei rupturi uterine. <sup>(5-8)</sup>   | <b>IIa</b> |
| <b>Standard</b> | Medicul trebuie să nu indice utilizarea prostaglandinelor pentru maturarea cervicală sau pentru inducerea travaliului la pacientele cu uter cicatricial.  | <b>B</b>   |
| Argumentare     | Utilizarea prostaglandinelor este asociată cu o frecvență mai mare a rupturii uterine și a eșecului NVOC. <sup>(7, 8)</sup> O probă de naștere negativă la o parturientă cu uter cicatricial crește semnificativ riscul de ruptură uterină. <sup>(1, 2, 3, 4)</sup> | <b>IIa</b> |

### 6.4 Ruptura uterină pe uter cicatricial

|                    |   |            |
|--------------------|---|------------|
| <b>Standard</b>    | Medicul trebuie să indice urgent, în cazul sindromului de ruptură a uterului cicatricial: <ul style="list-style-type: none"> <li>– abordul a două linii venoase</li> <li>– reechilibrare volemică</li> <li>– administrare de oxigen</li> <li>– mobilizarea personalului ATI, NN și al sălii de operație</li> <li>– efectuarea operației cezariene de urgență</li> </ul>   | <b>B</b>   |
| Argumentare        | Cu cât intervalul de la producerea rupturii uterine până la diagnostic și tratamentul definitiv chirurgical e mai scurt, cu atât rezultatele sunt mai bune <sup>(7)</sup>   | <b>IIb</b> |
|                    | Intervalul optim de intervenție după diagnosticul RU este de 10-37 de minute, după această perioadă complicațiile fetale sunt mult mai frecvente. <sup>(7, 8)</sup>   | <b>IIb</b> |
| <b>Recomandare</b> | Se recomandă medicului să practice abordul chirurgical printr-o incizie abdominală mediană pubo-subombilicală. <sup>(5, 6)</sup>  | <b>B</b>   |
| Argumentare        | Incizia pe linie mediana asigură un abord rapid, pentru realizarea rapidă a hemostazei și permite o explorare abdominală mai bună. <sup>(5)</sup>   | <b>IIb</b> |
| <b>Recomandare</b> | Se recomandă medicului să exploreze complet uterul și organele intraperitoneale învecinate, precum și ligamentele largi și spațiul retroperitoneal. <sup>(6, 7)</sup>   | <b>B</b>   |
| Argumentare        | Bilanțul lezional complet este necesar pentru a nu omite propagarea unor soluții de continuitate sau a unor hematoame la organele învecinate.   | <b>IIb</b> |
| <b>Recomandare</b> | Se recomandă medicului să indice administrarea de antibiotice intra și postoperator. (vezi Ghidul „Profilaxia cu antibiotice în obstetrică și ginecologie”, subcapitolul 6.5.1)   | <b>A</b>   |
| <b>Opțiune</b>     | Cu ocazia intervenției medicul poate opta pentru practicarea în continuarea operației cezariene a următoarelor proceduri chirurgicale: <sup>(1, 3)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– refacerea defectului structural</li> <li>– histerectomie de necesitate</li> <li>– drenajul eventualelor hematoame subperitoneale</li> <li>– repararea leziunilor viscerelor din jur</li> </ul>                  | <b>E</b>   |
| Argumentare        | Refacerea defectului structural reprezintă o opțiune a medicului dacă ruptura uterină este liniară și limitată la cicatricea uterină: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ruptura este liniară, transversă și limitată la nivelul segmentului inferior</li> <li>– hemoragia este ușor controlabilă</li> <li>– starea generală maternă este bună</li> <li>– există dorința unor sarcini ulterioare</li> </ul> |            |

|                    |  |           |
|--------------------|--|-----------|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- nu există semne clinice sau de laborator a unei coagulopatii</li> </ul> <p>Histerectomia de necesitate se justifică atunci când:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ruptura este anfractuoasă și interesează arterele uterine</li> <li>- există: <ul style="list-style-type: none"> <li>- atonie uterină</li> <li>- hemoragie masivă (alterarea statusului hemodinamic matern)</li> <li>- aderență anormală a placentei</li> </ul> </li> </ul> <p>Hematoamele subperitoneale trebuie drenate pentru a nu se propaga sau suprainfecta.<br/>Repararea leziunilor viscerelor din jur trebuie efectuată dacă leziunea s-a propagat la acestea.</p>  |           |
| <b>Standard</b>    | Medicul trebuie să indice efectuarea unei probe de naștere vaginală după o operație cezariană numai după consilierea pacientei, prezentarea beneficiilor și riscurilor potențiale și obținerea acordului scris al acesteia. <sup>(2, 3)</sup>  | <b>A</b>  |
| Argumentare        | <p>Medicul trebuie să prezinte pacientei următoarele beneficii potențiale ale NVOC reușite:<sup>(2, 3)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durată mai scurtă de spitalizare</li> <li>- pierderea unei cantități mai mici de sânge la naștere</li> <li>- recuperare mai rapidă după naștere vaginală</li> <li>- frecvență mai mică a complicațiilor infecțioase și tromboembolice</li> </ul> <p>Medicul trebuie să prezinte pacientei următoarele riscuri potențiale ale NVOC eșuate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- complicații materne majore: ruptură uterină, histerectomie, leziuni intraoperatorii, frecvență mai mare a complicațiilor infecțioase și a hemoragiilor</li> <li>- morbiditate neo-natală crescută demonstrată prin scor Apgar &lt;7 la 5 minute și pH-ul din sângele ombilical</li> <li>- deși incidența mortalității perinatale este mică (&lt;1%), apare mai frecvent după o NVOC eșuată decât după o cezariană electivă</li> <li>- deces matern (0-1% în țările dezvoltate, dar mai mare în țările în curs de dezvoltare)</li> </ul> <p>Nu există recomandări bazate pe evidențe asupra modalității optime de prezentare a riscurilor și beneficiilor NVOC către paciente.</p> | <b>Ia</b> |
| <b>Standard</b>    | Medicul trebuie să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene și a procedurilor chirurgicale de urgență. (vezi 6.2)  | <b>E</b>  |
|                    | <b>6.5 Ruptura uterină pe uter integru</b>   |           |
| <b>Standard</b>    | Medicul trebuie să indice efectuarea de urgență a protocolului de la subcapitolul 6.4  | <b>A</b>  |
| Argumentare        | <p>Medicul trebuie să considere frecvența crescută a histerectomiilor de hemostază în aceste condiții. Prognosticul matern și fetal în ruptura uterină completă este în relație cu integritatea preexistentă a peretelui uterin. <sup>(2, 3, 6, 8)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uter integru: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mortalitate maternă 13.5%</li> <li>- mortalitate fetală 76%;</li> </ul> </li> <li>- Uter cicatricial: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mortalitate maternă 0%</li> <li>- mortalitate fetală 32%</li> </ul> </li> </ul>  | <b>Ia</b> |
| <b>Recomandare</b> | Se recomandă ca medicul să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III, dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene și a procedurilor chirurgicale de urgență. (vezi 6.2)   | <b>E</b>  |

## 7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

|   |   |            |
|---|---|------------|
| <b>Standard</b>   | <p>Medicul trebuie să indice monitorizarea următorilor parametri clinici materni în cazul unei rupturi uterine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- starea generală a pacientei</li> <li>- parametri hemodinamici: TA și pulsul</li> <li>- sângerarea exteriorizată pe cale vaginală</li> <li>- diureza</li> </ul> | <b>E</b>   |
| <b>Standard</b>   | <p>Medicul trebuie să indice monitorizarea în dinamică a următorilor parametri paraclinici materni în cazul unei rupturi uterine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemoleucograma</li> <li>- coagulograma</li> </ul>  | <b>E</b>   |
| Argumentare   | Permite urmărirea răsunetului hemoragiei asupra pacientei.  |            |
| <b>Recomandare</b>  | Se recomandă ca medicul să evalueze starea fetală în situația unei rupturi uterine.   | <b>E</b>   |
| <b>Opțiune</b>  | Medicul OG și/sau neonatolog pot să indice efectuarea determinării parametrilor Astrup și pH-ului din sângele cordonului ombilical la nou născut.   | <b>E</b>   |
| <b>Standard</b>   | Medicul trebuie să indice monitorizarea atentă în lăuzie a pacientei.   | <b>C</b>   |
| Argumentare   | <p>Lăuza prezintă un risc crescut de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anemie</li> <li>- infecții puerperale</li> <li>- tromboflebite <sup>(1, 2, 3)</sup></li> </ul>   | <b>IV</b>  |
| <b>7.1 Aspecte legate de conservarea potențialului reproductiv al pacientei</b> |   |            |
| <b>Recomandare</b>  | Se recomandă medicului să indice pacientelor cu sindrom de pruruptură uterină, care au născut prin operație cezariană, un interval de contracepție de cel puțin 18-24 de luni până la o viitoare sarcină dorită. <sup>(4)</sup>   | <b>B</b>   |
| Argumentare   | Acest interval este necesar consolidării cicatricei uterine. Sub această durată, riscul apariției unei noi rupturi uterine este crescut de 3 ori. <sup>(4)</sup>  | <b>IIb</b> |
| <b>Recomandare</b>  | Se recomandă medicului să indice, cu acordul prealabil al pacientei, contracepția definitivă prin ligatură tubară bilaterală în caz de ruptură uterină pe uter cicatriceal.   | <b>E</b>   |

## 8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

|                    |  |            |
|--------------------|--|------------|
| <b>Recomandare</b> | Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul rupturii uterine să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.  | <b>E</b>   |
| <b>Standard</b>    | Medicii obstetricieni sau chirurghi din unitățile medicale fără serviciu de ATI permanent și reanimare neo-natală, când identifică la o gravidă factorii de risc ai rupturii uterine (menționați la cap. Evaluare și diagnostic), trebuie să o trimită însoțită de cadru medical de specialitate OG, cu ambulanța, la o maternitate de gradul II sau III. <sup>(1)</sup> | <b>B</b>   |
| Argumentare        | Apariția unei rupturi uterine într-o unitate nedotată corespunzător agravează prognosticul matern și fetal.  | <b>IIb</b> |
| <b>Recomandare</b> | Dacă opțiunea pacientei cu uter cicatriceal, aflată la termen, este de a naște prin  | <b>E</b>   |

|                    |   |            |
|--------------------|---|------------|
| <b>Argumentare</b> | <p>operație cezariană electivă, se recomandă ca medicul să o efectueze înainte de declanșarea travaliului. <sup>(1, 2, 3)</sup></p> <p>Studiile existente nu indică nici un beneficiu matern sau fetal al efectuării operației cezariene după debutul travaliului. <sup>(4)</sup></p> <p>Efectuarea operației cezariene planificate la 39 SA permite organizarea mai eficientă a resurselor și permite pacientei să evite stresul nejustificat al unei operații cu moment nedeterminat. <sup>(5)</sup></p>  |            |
| <b>Standard</b>    | <p>Medicul trebuie să indice asistarea nașterii pe cale vaginală a unei parturiente cu factori de risc pentru ruptura uterină (inclusiv NVOC) numai în unități obstetricale care pot efectua de urgență o operație, dotate cu serviciu permanent de ATI și reanimare neo-natală.</p>  | <b>B</b>   |
| Argumentare        | <p>Apariția unei rupturi uterine necesită intervenție chirurgicală de urgență și deseori și reanimare neo-natală. <sup>(1, 2, 3)</sup></p>  | <b>III</b> |
| <b>Standard</b>    | <p>În cazul apariției unui sindrom de preruptură uterină sau a unei rupturi uterine într-o unitate obstetricală fără posibilități de intervenție chirurgicală imediată, medicul trebuie să indice transferul pacientei la o maternitate de nivelul II sau III dacă nu are condiții de efectuare a unei operații cezariene de urgență (vezi 6.2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– transportul de urgență a pacientei în cea mai apropiată unitate de gradul II sau III, în salvare anti-șoc, însoțită cu personal medical calificat</li> <li>– montarea a două linii venoase și administrarea de soluții crisataloide pentru a menține echilibrul hemo-dinamic al pacientei până la destinație</li> <li>– administrarea de oxigen pe mască pacientei</li> <li>– anunțarea prealabilă telefonică a unității primitoare, pentru a pregăti și organiza activitățile obstetricale și chirurgicale necesare</li> </ul> | <b>E</b>   |
| <b>Recomandare</b> | <p>Se recomandă medicului să discute fiecare caz de ruptură uterină cu întreaga echipă din sala de naștere.</p>   | <b>E</b>   |
| Argumentare        | <p>Analiza fiecărui caz poate îmbunătăți activitatea ulterioară a secției.</p>  |            |

## 9 BIBLIOGRAFIE

### Introducere

1. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", - Vital statistics – an overview, paginile 17-34, Dapiens Publishing 2006
2. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. „Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor” Am J Obstet Gynecol. 2001 Jun.;184(7):1576-81
3. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, paginile 1-13
4. Cunningham F.G., "Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, paginile 809-855
5. Gerard G Nahum "Uterine Rupture in Pregnancy" eMedicine Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Last Updated: April 27, 2006

### Evaluare și diagnostic

1. Sergent F., Resch B., "Hemorragies graves de la delivrance: ligatures vasculaires, hysterectomie ou embolisation?" EMC – Gynecologie Obstetrique 2 (2005), paginile 125-136
2. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, paginile 1-13
3. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", - Vital statistics – an overview, paginile 17-34, Dapiens Publishing 2006, paginile 11-17, 70-80, 312-316
4. Cunningham F.G., "Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, paginile 809-855
5. "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture" BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology September 2005, Vol. 112, paginile 1221–1228
6. Gerard G Nahum "Uterine Rupture in Pregnancy" eMedicine Specialties > Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Last Updated: April 27, 2006

### Conduită

1. Mousa HA, Alfirevic Z, "Treatment for primary postpartum haemorrhage" Cochrane Library 2007 Jan. 24; (1):CD003249
2. Schurmans Nan, MacKinnon Catherine "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage", SOGC Clinical Practice Guidelines, no. 88, April 2000, paginile 1-11
3. Sergent F., Resch B., "Hemorragies graves de la delivrance: ligatures vasculaires, hysterectomie ou embolisation?" EMC – Gynecologie Obstetrique 2 (2005), paginile 125-136
4. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section. A Review of the Evidence and Recommendations by the American Academy of Family Physicians ,National Guideline Clearinghouse www.guideline.gov, March 2005
5. World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research , Section 3 „Repair of ruptured uterus”
6. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", - Vital statistics – an overview, Dapiens Publishing 2006, paginile 70-80
7. Cunningham F.G., "Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, paginile 809-855
8. "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology September 2005, Vol. 112, paginile 1221–1228"

### Urmărire și monitorizare

1. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, paginile 1-13
2. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", - Vital statistics – an overview, paginile 17-34, Dapiens Publishing 2006
3. Cunningham F.G., "Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, paginile 809-855
4. Gerard G Nahum, „Uterine Rupture in Pregnancy eMedicine Specialties” Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry, and Surgery > Obstetrics/gynecology

### Aspecte administrative

1. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section. A Review of the Evidence and Recommendations by the American

- Academy of Family Physicians ,National Guideline Clearinghouse [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), March 2005
2. Cunningham F.G., "Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, paginile 809-855
  3. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", - Vital statistics – an overview, Dapiens Publishing 2006, paginile 17-35, 35-45, 45-58
  4. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, „Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery.” N Engl J Med. 2004 Dec 16;351(25):2581-9. Epub 2004 Dec 14
  5. Martel MJ, MacKinnon CJ; Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada." Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth" J Obstet Gynaecol Can. 2005 Feb;27(2):164-88

## **ANEXE**

### 17.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

**17.1 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).<br>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.                |