

Dezlipirea prematură de placentă normal inserată

Cuprins

1	Introducere	6
2	Scop	6
3	Metodologie de elaborare și revizie	7
3.1	Etapele procesului de elaborare	7
3.2	Principii	8
3.3	Etapele procesului de revizie	8
3.4	Data reviziei	8
4	Structură	8
5	Evaluare și diagnostic	9
5.1	Suspiciunea de DPPNI	9
5.2	Diagnosticul pozitiv al DPPNI	9
5.3	Evaluarea consecințelor DPPNI	10
5.4	Diagnosticul diferențial al DPPNI	11
6	Conduită	11
6.1	Conduită în cazul formelor ușoare de DPPNI	11
6.1.1	Conduită expectativă	11
6.2	Conduită în cazul formelor moderate și severe	12
6.2.1	Conduită medicală de urgență	12
6.2.2	Conduită obstetricală - nașterea	13
6.3	Conduită în cazul unei sarcini cu antecedente de DPPNI	14
7	Urmărire și monitorizare	14
8	Aspecte administrative	15
9	Bibliografie	15
	Anexe	16
	Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 29 – 30 Martie 2019	18
	Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor	19

Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacienților 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 pacienților 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 pacientului, precum și resursele, caracteristicile 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 reflectă 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 pacientului. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientului, 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 inexactități, 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.

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 (2007)

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 Dr. Vlad I. Tica, președinte

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. Florin Stamatian, 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 (2007)

Coordonator

Profesor Dr. Florin Stamatian

Scriitor

Dr. Gabriela Caracostea

Membrii

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

Grupul de Coordonare a reviziei ghidurilor (2019)

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice

Profesor Dr. Nicolae Suci, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Membrii Grupului Tehnic de Revizie a ghidului (2019)

Coordonator

Profesor Dr. Stefan Butureanu

Scriitor

Profesor dr. Mircea Onofriescu

Membri:

Dr. Tiberiu Popirlan

Dr. Alexandra Ursache

Integrator

Dr. Alina-Gabriela Marin

Evaluatori externi

Profesor Dr. Daniel Muresan

Profesor Dr. Claudiu Marginean

Abrevieri

CID	Coagulare intravasculară diseminată
CTG	Cardiotocografie
dl	Decilitru
DPPNI	Dezlipirea prematură de placentă normal inserată
mg	Miligrame
ml	Mililitri
mmc	Milimetri cubi
mm Hg	Milimetri coloană de mercur
OG	Obstetrică-ginecologie
TA	Tensiune arterială

1 INTRODUCERE

Dezlipirea prematură de placentă normal inserată (DPPNI) reprezintă separarea prematură a unei placentă normal implantate, după 24 de săptămâni de amenoree, dar înainte de nașterea fătului. DPPNI complică aproximativ 1% din nașteri, incidența sa fiind în creștere. ⁽¹⁾

O treime din cazurile de hemoragie antepartum se datorează acestei patologii. ⁽²⁾ Aproximativ 10% din toate nașterile premature apar datorită DPPNI, iar prognosticul neonatal este asociat cu rate crescute de asfizie perinatală, hemoragie intraventriculară, leukomalacie periventriculară și paralizie cerebrală, comparativ cu controalele de vârstă gestațională corespunzătoare. ^(3,4)

Precocitatea diagnosticului influențează semnificativ prognosticul matern și fetal. Mortalitatea perinatală, întârzierea de creștere intrauterină și prematuritatea sunt principalele complicații fetale. Morbiditatea și mortalitatea maternă se datorează importanței hemoragiei sau/și asocierii coagulării intravasculare diseminate (CID).

DPPNI poate fi parțială sau totală. Conform clasificării lui Sexton, în funcție de suprafața placentară afectată, DPPNI prezintă următoarele forme clinice:

- Gradul 0 - diagnostic retrospectiv de DPPNI
- Gradul 1 - forma ușoară, decolarea interesează sub 1/6 din suprafața placentară
- Gradul 2 - forma moderată, decolarea interesează 1/6-1/2 din suprafața placentară
- Gradul 3 - forma severă, decolarea interesează peste 1/2 din suprafața placentară

Clasificarea de mai sus, dificil uneori de aplicat în practica curentă, este importantă în aprecierea riscului de morbiditate/mortalitate materno-fetală și în stabilirea conduitei obstetricale. ^(5,6,7)

2 SCOP

Obiectivul acestui ghid este de a standardiza conduita în cazul DPPNI pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.

Prezentul Ghid clinic pentru conduita în DPPNI, 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 ȘI REVIZIE

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 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.

Pentru prezentul ghid au fost revizuite Cochrane Library 2006 vol. 4, bazele de date Medline și Ovid între anii 1970-2006. Nu au fost identificate trialuri clinice randomizate sau metaanalize privind DPPNI. Majoritatea publicațiilor sunt studii retrospective, studii de caz și revizuirii sistematice.

Cuvintele cheie utilizate au fost: abruptio placentae, hemoragie antepartum.

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 revizia 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 recenzorii externi și au redactat versiunea 3 a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la Mamaia în perioada 11-13 mai 2007, cu sprijinul Agenției pentru Cooperare și Dezvoltare a Guvernului Elvețian (SDC) și a Fondului ONU pentru Populație (UNFPA). 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 efectuată utilizând instrumentul Agree elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății 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. 3994 din 20 septembrie 2007 și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 7 august 2007.

3.2 Principii

Ghidul clinic pentru conduita în DPPNI 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 alăturat tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

3.3 Etapele procesului de revizie

În luna Februarie 2018, conducerea Societății de Obstetrică și Ginecologie (SOGR) a inițiat primii pași pentru revizia ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie, stabilindu-se o listă a revizorilor. În cadrul celui de al 17-lea Congres Național de Obstetrică-Ginecologie, din 20-22 Septembrie 2018, s-a luat decizia ca noua conducere să aibă ca prioritate revizia imediată a ghidurilor clinice.

Astfel, noua conducere a SOGR a definitivat și aprobat coordonatorii Grupului Tehnic de Revizie (GTR) pentru fiecare subiect. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componența GTR, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor, SOGR a contractat un integrator.

Ghidul revizuit, odată finalizat de coordonator, a fost trimis pentru revizia externă la 2 experți selectați. De asemenea, forma revizuită a fost postată pentru transparență, propuneri și comentarii pe site-ul SOGR: <https://sogr.ro/ghiduri-clinice>. Coordonatorul și GTR a luat în considerare și a încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de evaluatorii externi și de pe site și au redactat versiunea finală a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la București, 29-30 martie 2019, organizată și finanțată de SOGR. Revizia ghidului a fost dezbătută și a fost agreată prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1.

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

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății Publice prin Ordinulși de Colegiul Medicilor prin documentulși de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de

3.4 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2022 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

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

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

5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

Standard	Medicul trebuie să suspecteze diagnosticul de DPPNI în principal pe criterii clinice.	A
Argumentare	Examenul ecografic obstetrical și testele de laborator (vezi mai jos) pot fi utilizate în susținerea diagnosticului. ⁽¹⁾	Ia

Standard	Medicul trebuie să evalueze statusul matern și fetal.	E
Argumentare	Evaluarea statusului matern se efectuează prin: <ul style="list-style-type: none"> - examen clinic - examen ecografic obstetrical - teste de laborator Evaluarea statusului fetal se efectuează prin: <ul style="list-style-type: none"> - examen clinic-auscultarea BCF - examen ecografic obstetrical - examen cardiotocografic (vezi cap. Monitorizare și urmărire) 	IV

5.1 Suspiciunea de DPPNI

Standard	Medicul trebuie să ridice suspiciunea diagnosticului de DPPNI, în prezența unora din următoarele semne și simptome: <ul style="list-style-type: none"> - sângerare vaginală - durere abdominală - dureri lombare în localizările posterioare ale placentei - contracții uterine dureroase (hipertonie/hiperkinezie) - tonus uterin crescut (tetanie uterină, „uter de lemn”) - modificări ale stării generale materne (semne clinice ale șocului hemoragic) - traseu cardiotocografic (CTG) de alarmă. 	E
-----------------	---	----------

Standard	În absența sângerării vaginale medicul trebuie să nu excludă DPPNI.	A
Argumentare	Trebuie luat în considerare hematomul retroplacentar neexteriorizat pe cale vaginală. ⁽¹⁾	Ia

5.2 Diagnosticul pozitiv al DPPNI

Standard	În diagnosticul formelor ușoare de DPPNI medicul trebuie să țină seama de prezența următorului tablou clinic: <ul style="list-style-type: none"> - sângerare vaginală absentă sau redusă, uneori recurentă - tonus uterin moderat crescut - TA și pulsul matern cu valori normale – coagulopatie absentă - făt viu – traseu cardiotocografic normal sau de alarma 	E
-----------------	---	----------

Standard	În diagnosticul formelor moderate sau severe de DPPNI medicul trebuie țină seamă de prezența următorului tablou clinic: <ul style="list-style-type: none"> - sângerare vaginală prezentă (uneori sângerare importantă) sau absentă - hipertonie uterină (“uter de lemn”) - hipotensiune, tahicardie sau șoc hipovolemic - hipofibrinogenemie (50-250 mg/dl) sau CID - status fetal: 	E
-----------------	--	----------

	<ul style="list-style-type: none"> - făt viu cu traseu CTG de alarmă <p>sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - deces in utero. 	
>Recomandare	<p>În susținerea diagnosticului DPPNI se recomanda medicului sa utilizeze următoarele investigații paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - examenul ecografic obstetrical - teste de laborator pentru susținerea diagnosticului de coagulopatie: <ul style="list-style-type: none"> - hemoglobină - hematocrit - număr de trombocite - fibrinogenemie - timp de protrombină, - timp de tromboplastină parțial activată - produși de degradare ai fibrinei 	A
Argumentare	Diagnosticul DPPNI este în principal un diagnostic clinic determinat de existența tabloului clinic descris mai sus și confirmat de evidențierea post-partum a hematomului retroplacentar. ⁽¹⁾	Ia
>>Recomandare	<p>În cazul unei examinări ecografice ce găsește aspecte normale, se recomandă medicului să nu excludă diagnosticul DPPNI. ⁽²⁾</p> <p>Deși ultrasonografia este o parte integrantă a abordării diagnostice a sângerării în sarcină, utilitatea acesteia este în primul rând pentru excluderea placentei praevia ca o cauză a hemoragiei. Cel puțin 50% din DPPNI nu oferă informații la examinarea ecografică. ^(2,3,4)</p> <p>Sensibilitatea ecografiei pentru diagnosticarea DPPNI este de numai 25-60% [68-71], valoarea predictivă pozitivă este ridicată (88%) când sunt prezente imaginile caracteristice decolării la examenul ecografic. ^(5,6,7)</p>	E
5.3 Evaluarea consecințelor DPPNI		
Standard	<p>Indiferent de prezența sau absența sângerării vaginale, medicul trebuie să evalueze clinic și biologic pacienta în scopul aprecierii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - statusului hemodinamic matern prin: <ul style="list-style-type: none"> - determinarea TA și a frecvenței cardiace materne - importanței hemoragiei - apariției complicațiilor materne (șoc hemoragic, CID, insuficiență renală, insuficiență hepatică) 	A
Argumentare	Riscul matern major imediat este instalarea șocului hemoragic. Afectarea renală survine ulterior prin apariția necrozei tubulare sau corticale acute. ⁽¹⁾	Ia
>Recomandare	Se recomandă medicului a avea în vedere valorile TA și hematocritul pot fi normale la paciente hipertensive cu sângerare acută.	A
>Argumentare	Valorile normale ale TA și a hematocritului pot indica un fals status matern normal în cazul unei hemoragii importante la o pacientă hipertensivă. ⁽³⁾	Ia
Recomandare	<p>În evaluarea inițială a statusului matern se recomandă ca medicul să indice determinarea următoarelor teste de laborator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemoglobinei - hematocritului - număr de trombocite - fibrinogenemiei - timpului de protrombină 	E

	<ul style="list-style-type: none"> - timpului de tromboplastină parțial activată - grupului sangvin și Rh-ului - produși de degradare fibrină 	
>Recomandare	Se recomandă medicului a avea în vedere că fibrinogenul < 200 mg/dl și trombocitopenia (<100.000/mm ³) sunt înalt sugestive pentru o formă severă de DPPNI.	E
Recomandare	Se recomandă medicului să indice monitorizarea cardiocografică.	E
Argumentare	Lipsa reactivității, tahicardia fetală, decelerațiile tardive sau traseul sinusoidal reprezintă semne de alarmă datorate anemiei sau hipoxiei fetale.	IV

5.4 Diagnosticul diferențial al DPPNI

Standard	<p>Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al DPPNI cu următoarele entități:</p> <ul style="list-style-type: none"> - placentă praevia - travaliul declanșat - ruptura uterină - vasa praevia - neoplasm cervico-vaginal - hidramnios acut - apendicita acută - chist ovarian torsionat. 	E
Standard	<p>Înainte de transferul la o unitate de nivel superior, în cazul maternităților în care nu poate fi asigurată evaluarea paraclinică materno-fetală, medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - să evalueze prin criterii clinice și dacă este posibil și prin investigații de laborator statusul hemodinamic matern și importanța hemoragiei - să evalueze prin criterii clinice statusul fetal. 	E

6 CONDUITĂ

Standard	<p>Tratamentul trebuie să vizeze următoarele obiective:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tratamentul șocului hemoragic și a altor complicații materne - nașterea. 	E
>Standard	În cazul maternităților în care nu pot fi asigurate obiectivele de mai sus medicul trebuie să asigure reechilibrarea volemică maternă (vezi cap. 6.1.1).	E
>>Standard	<p>În aceste cazuri, medicul trebuie să asigure transferul pacientei în condiții de urgență la cea mai apropiată unitate de nivel superior în următoarele condiții:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pacienta stabilă hemodinamic - acces venos dublu - asistență medicală pe timpul transferului. 	E

6.1 Conduita în cazul formelor ușoare de DPPNI

6.1.1 Conduita expectativă

Standard	Medicul trebuie să stabilească diagnosticul formei clinice a DPPNI conform criteriilor clinice (vezi cap. Evaluare și diagnostic).	E
-----------------	--	----------

Standard	Medicul trebuie să evalueze statusul matern și fetal prin investigații paraclinice (vezi cap. Evaluare și diagnostic).	E
Standard	Medicul trebuie să spitalizeze gravida pentru o conduită expectativă după evaluarea statusului hemodinamic și al coagulogramei materne, ca și a statusului fetal.	B
Argumentare	Nu există un consens în ceea ce privește durata spitalizării în aceste situații. Pacienta poate rămâne internată până la dispariția sângerării dacă testele hematologice materne și cele de monitorizare fetală sunt normale. ⁽¹⁾ Pacienta trebuie monitorizată îndeaproape, deoarece continuă să fie expusă riscului unui proces în evoluție. Utilizarea tocolizei este controversată; în cele mai multe cazuri, aceasta nu ar trebui utilizată, deși studiile care au abordat această problemă nu au evidențiat o creștere a evenimentelor adverse fetale sau materne. ⁽⁹⁾ Nu a fost efectuat niciun studiu prospectiv.	III
6.2 Conduita în cazul formelor moderate și severe de DPPNI		
6.2.1 Conduita medicală de urgență		
Standard	Medicul trebuie să indice imediat asigurarea unui acces venos dublu. ⁽¹⁾	E
Argumentare	Medicul trebuie să debuteze tratamentul concomitent cu evaluarea statusului hemodinamic matern și a statusului fetal (vezi cap. 5).	IV
Standard	Medicul trebuie să indice asigurarea urgentă a unei bune oxigenări fetale in utero prin: <ul style="list-style-type: none"> - poziționarea parturientei în decubit lateral stâng - oxigenoterapie - reechilibrare volemică maternă. 	E
Standard	În cazul hipovolemiei severe, în prezența sau absența șocului hemoragic, medicul trebuie să indice administrarea de: <ul style="list-style-type: none"> - oxigen - soluții cristalinoide pentru corecția hipovolemiei și menținerea debitului urinar >30 ml/oră - masă eritocitară în caz de hemoragie persistentă sau anemie severă (hematocrit <30%) - masă trombocitară la o trombocitopenie <50.000/mm³ - plasmă proaspătă congelată sau crioprecipitat la fibrinogenemie <100 mg/dl sau la timp de protrombină și timp de tromboplastină parțial activată prelungite peste 1,5 x valoarea normală. ^(2,3,4,5) 	E
Standard	Medicul trebuie să nu indice administrarea de Heparinum în CID datorat DPPNI.	B
Argumentare	Nu există trialuri clinice controlate care să indice beneficiile utilizării de Heparinum în tratamentul CID asociat DPPNI. De asemenea, există o evidență restrânsă în ceea ce privește îmbunătățirea disfuncției de organ prin utilizarea de Heparinum. În plus, trebuie avut în vedere potențiala agravare a sângerării și efectul terapeutic redus al Heparinum-ului datorat nivelelor scăzute de antitrombină III. ^(6,7)	III
Recomandare	Se recomandă medicului să practice ruptura artificială de membrane pentru scăderea presiunii intrauterine și a pasajului tromboplastinei tisulare în circulația maternă.	E

6.2.2 Conduita obstetricală - nașterea

Standard	În DPPNI moderată sau severă medicul trebuie să asigure finalizarea rapidă a sarcinii.	A
Argumentare	În cazul tonusului uterin de peste 25 mm Hg, având în vedere scăderea oxigenării fetale, finalizarea rapidă a sarcinii este considerată tratamentul optim. ⁽⁸⁾	Ia
>Standard	Medicul trebuie să indice calea de naștere și momentul nașterii în funcție de următorii parametri: <ul style="list-style-type: none"> - viabilitatea fetală - vârsta gestațională - statusul matern (hipotensiune, CID, hemoragie) - dilatarea orificiului uterin - paritate. 	A
Argumentare	În cazul unui făt viabil alegerea căii de naștere are scopul de a minimaliza morbiditatea/mortalitatea materno-fetală. ⁽⁸⁾	Ia
Standard	În cazul unui făt viabil medicul trebuie să practice operația cezariană în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> - traseu cardiotocografic de alarmă - hemoragie maternă importantă (cu alterarea statusului hemodinamic matern) - CID - alte indicații obstetricale.^(2, 3) 	E
>Opțiune	Medicul poate opta pentru operația cezariană și în cazul feților prematuri.	E
Standard	În cazul morții fetale in utero, medicul va practica operația cezariană în prezența următoarelor indicații materne: <ul style="list-style-type: none"> - hemoragie severă necontrolabilă prin tratament adecvat (transfuzie) - CID moderată sau severă - uter cicatricial cu iminență de ruptură uterină - refuzul matern de a accepta administrarea preparatelor de sânge - risc crescut hemoragic prin travaliu prelungit și expulzie a fătului pe cale vaginală, comparativ cu operația cezariană. 	E
Standard	Concomitent cu practicarea operației cezariene medicul trebuie să indice corectarea tulburărilor de coagulare. ⁽¹⁾	E
Argumentare	Corectarea tulburărilor de coagulare vizează: ⁽⁸⁾ <ul style="list-style-type: none"> - menținerea fibrinogenului la o valoare de 150-200 mg/dl - menținerea hematocritului > 30% - menținerea numărului de trombocite > 50.000/mm³ 	IV
Standard	În cazul operației cezariene, medicul trebuie să o practice sub anestezie generală.	E
Argumentare	Anestezia generală permite un abord chirurgical rapid concomitent cu corectarea parametrilor hematologici.	IV

Opțiune	În cazul formelor severe de DPPNI, imposibilitatea asigurării hemostazei intraoperatorii poate impune medicului manevre chirurgicale adiționale (vezi ghidul „Hemoragiile severe în Periodul III și IV”): - ligatura arterelor uterine - ligatura arterelor iliace interne sau - histerectomia de necesitate	E
Standard	În prezența apoplexiei utero-placentare, medicul trebuie să individualizeze decizia de histerectomie totală.	E
Recomandare	Se recomandă medicului să ia în considerare finalizarea nașterii pe cale vaginală în condiții obstetricale favorabile, în absența suferinței fetale sau în cazul morții fetale in utero.	E
Standard	La paciente Rh negativ fără izoimunizare în sistem Rh, medicul trebuie să indice administrarea de imunoglobulina anti-D. ⁽⁷⁾	E

6.3 Conduita în cazul unei sarcini cu antecedente de DPPNI

Recomandare	La pacientele cu DPPNI în antecedente se recomandă medicului a avea în vedere: – riscul de recurență la sarcina actuală – identificarea altor factori de risc pentru DPPNI – hipertensiune arterială – traumatism matern – fumat, multiparitate – fibrom uterin retroplacentar – trombofilie ereditară sau dobândită – consum de droguri ⁽⁸⁾	E
Recomandare	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile prezentării pentru naștere a unei paciente cu factori de risc pentru DPPNI, se recomandă medicului să indice transferul acesteia la cea mai apropiată unitate de nivel superior.	E
Recomandare	În cazul pacientelor cu antecedente de DPPNI se recomandă medicului ca la sarcina actuală să aleagă calea de naștere în funcție de particularitățile obstetricale ale fiecărui caz.	A
Argumentare	La pacientele cu DPPNI în antecedente exista un risc crescut de întârziere de creștere intrauterină, naștere prematură și de preeclampsie la o sarcina ulterioară. ^(1,8)	Ia Ib

7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Standard	Medicul OG și de medicul ATI trebuie să indice ca la pacienta aflată în postpartum-ul imediat să fie urmărite următoarele aspecte: - globul de siguranță uterin - sângerarea vaginală - statusul hemodinamic matern - coagulograma în dinamică - parametri biologici utili în aprecierea disfuncției de organ.	E
Standard	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile unei suspiciuni de DPPNI apărute pe parcursul monitorizării unui travaliu normal, medicul trebuie să indice transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate de nivel superior.	E

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Recomandare	Se recomandă ca fiecare unitate medicală care efectuează managementul unei dezlipiri de placentă normal inserată să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
Standard	Medicul trebuie să considere DPPNI o urgență obstetricală.	E
Standard	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile prezentării pentru naștere a unei paciente cu factori de risc pentru DPPNI, medicul care asigură transferul acesteia la cea mai apropiată unitate de nivel superior trebuie să consemneze în scris motivul transferului.	E
Standard	Medicul trebuie să anunțe șeful de secție sau al gărzii, alți medici OG disponibili, medicul neonatolog, medicul ATI, și echipa formată va decide planul terapeutic, metodele de reanimare, momentul și calea de naștere.	E
Standard	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile unei suspiciuni de DPPNI apărute pe parcursul monitorizării unui travaliu normal, medicul care asigură transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate de nivel superior, trebuie să consemneze în scris motivul transferului în foaia de observație a pacientei.	E

9 BIBLIOGRAFIE

Introducere

1. Ananth, CV, Oyelese, Y, Yeo, L, et al. Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: temporal trends and potential determinants. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:191.
2. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140.
3. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:272.e1
4. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, et al. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24:698.
5. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, et al. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 148:125.
6. Mei Y, Lin Y. Clinical significance of primary symptoms in women with placental abruption. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 31:2446.
7. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1005.

Evaluare și diagnostic

1. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 3
2. Glantz C, Purnell L: Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med*. 21:837-840 2002 12164566
3. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, et al. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 148:125.
4. Shinde GR, Vaswani BP, Patange RP, et al. Diagnostic Performance of Ultrasonography for Detection of Abruption and Its Clinical Correlation and Maternal and Foetal Outcome. *J Clin Diagn Res* 2016; 10:QC04.
5. Shinde GR, Vaswani BP, Patange RP, et al. Diagnostic Performance of Ultrasonography for Detection of Abruption and Its Clinical Correlation and Maternal and Foetal Outcome. *J Clin Diagn Res* 2016; 10:QC04.
6. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002; 21:837.
7. Yeo L, Ananth CV, Vintzileos AM. *Placental abruption*, Lippincott, Williams & Wilkins, Hagerstown, Maryland 2003.

Conduită

1. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD003247.
2. Chamberlain G, Steer P. ABC of labour care. *Obstetric emergencies*. *BMJ* 1999;318:1342-5.
3. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1005.
4. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:272.e1.
5. Feinstein, DI. Diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation: The role of Heparin therapy. *Blood* 1982;60:284.
6. Feinstein, DI. Treatment of disseminated intravascular coagulation. *Semin Thromb Hemost* 1988;14:351.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Use of Anti-D Immunoglobulin for Rh Prophylaxis. *Guideline No. 22*. London:RCOG;2002.
8. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:708.
9. Towers CV, Pircon RA, Heppard M: Is tocolysis safe in the management of third-trimester bleeding? *Am J Obstet Gynecol*. 180 (6 Pt 1):1572-1578 1999 10368505

Monitorizare și urmărire

1. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review). The Cochrane Library 2006, Issue 3

Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 29 – 30 Martie 2019

Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

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

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice 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 experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.