



Ministerul Sănătății
Comisia de Obstetrică
și Ginecologie



SOCIETATEA DE
OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE
DIN ROMANIA



Colegiul Medicilor din
România
Comisia de Obstetrică
și Ginecologie

Placenta praevia

Publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România

Editor: Prof. Dr. Crîngu Ionescu

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2019.

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

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

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

PRECIZĂRI

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel național cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea 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 cadrele medicale auxiliare 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 pacientei, precum și resursele, caracterele specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Este de așteptat 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 circumstanțelor 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 nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientei. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientei, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

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

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

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

CUPRINS

1	Introducere	8
2	Scop	8
3	Metodologie de elaborare și revizie	9
3.1	Etapele procesului de elaborare	9
3.2	Principii	10
3.3	Etapele procesului de revizie	10
3.4	Data reviziei	10
4	Structură	11
5	Evaluarea riscului și diagnostic	11
5.1	Diagnosticul clinic de placentă praevia	11
5.2	Diagnosticul pozitiv al placentei praevia	12
5.2.1	Ecografia obstetricală transvaginală	12
5.2.2	Ecografia obstetricală transabdominală	13
5.2.3	Imagistica prin rezonanță magnetică	14
5.3	Diagnosticul pozitiv de placenta accreta	14
5.4	Examenul clinic obstetrical	17
5.4.1	Investigarea maternă	17
5.4.2	Investigarea fetală	18
5.4.3	Evaluarea statusului materno-fetal	19
5.5	Diagnosticul diferențial al placentei praevia	19
6	Conduită	19
6.1	Asistența prenatală	19
6.1.1	Consilierea	19
6.1.2	Asistența în ambulator în trimestrul III de sarcină la gravida cu placentă praevia	20
6.1.3	Conduita conservatoare în cazul gravidelor cu hemoragie ușoară sau moderată asociate placentei praevia	21
6.1.3.1	Măsuri nespecifice	21
6.1.3.2	Corticoterapia	22
6.1.3.3	Corecția anemiei	22
6.1.3.4	Profilaxia izoimunizării Rh	22
6.1.3.5	Tocoliza	22
6.1.3.6	Cerclajul colului uterin	23
6.1.3.7	Profilaxia bolii tromboembolice	23
6.1.3.8	Administrarea sulfatului de magneziu	24
6.1.3.9	Conduita în cazul pacientelor stabile după episodul de sângerare	24
6.1.3.10	Ruptura prematură a membranelor	25
6.2	Nașterea la pacienta cu placenta praevia	25
6.2.1	Consiliere înainte de naștere	25
6.2.2	Momentul nașterii și alegerea căii de naștere	26
6.2.3	Operația cezariană	27
6.2.4	Nașterea pe cale vaginală	31
6.2.5	Măsuri medicale postpartum	32
6.3	Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia	32

7 Urmărire și monitorizare	32
7.1 Monitorizarea ecografică a placentei praevia	32
7.2 Monitorizarea maternă în hemoragiile ușoare-moderate asociate placentei praevia.....	33
7.3 Monitorizarea maternă în hemoragiile severe asociate placentei praevia	33
7.4 Monitorizarea fetală.....	33
8 Aspecte administrative	34
9 Bibliografie	35
10 Anexe	35
Anexa 1. Lista participanților la Reuniunea de Consens de la București, 29 – 30 Martie 2019.....	36
Anexa 2. Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor	37
Anexa 3. Formular ecografic pentru suspiciunea de placentă cu aderență anormală	38
Anexa 4. Algoritm de alegere a căii de naștere în cazul placentei praevia	39

Grupul de Coordonare a Elaborării ghidurilor (2009)

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice

Profesor Dr. Gheorghe Peltecu, președinte

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. Vlad Tica, președinte

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. Gabriel 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 (2009)

Coordonator

Profesor Dr. Florin Stamatian

Scriitor

Dr. Gabriela Caracostea

Membri

Șef Lucrări Dr. Daniel Mureșan

Șef Lucrări Dr. Gheorghe Cruciat

Prep. Dr. Kovacs Tunde

Integrator

Dr. Alexandru Epure

Evaluatori externi

Profesor Dr. Decebal Hudiță

Profesor Dr. BélaSzabó

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Grupul de Coordonare a Reviziei ghidurilor (2019)

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Profesor Dr. Nicolae Suciu, 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. Crîngu Ionescu

Scriitori

Profesor Dr. Crîngu Ionescu

Șef Lucrări Dr. Irina Pacu

Membri

Șef Lucrări Dr. Mihai Dimitriu

Dr. George Roșu

Integrator

Dr. Alina-Gabriela Marin

Evaluatori externi

Profesor Dr. Lucian Pușcașiu

Profesor Dr. Claudia Mehedințu

ABREVIERI

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
ATI	Anestezie-terapie intensivă
BCF	Bătăile cordului fetal
CI	Interval de încredere
CTG	Cardiotocografie
ETA	Ecografie transabdominală
ETV	Ecografie transvaginală
GTE	Grup Tehnic de Elaborare
GTR	Grup Tehnic de Revizie
HAP	Hemoragia antepartum
IRM	Imagistică prin rezonanță magnetică
mm	Milimetru
OCI	Orificiul cervical intern
OG	Obstetrică – Ginecologie
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OR	Odds Ratio
PA	Placenta accreta
PAA	Placentă cu aderență și invazie anormală
Rh	Rhesus (factor)
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
TA	Tensiune arterială
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

1 INTRODUCERE

PLACENTA PRAEVIA

Principalele cauze de sângerare vaginală în trimestrul III sunt: placenta praevia, abruptio placentae, vasa praevia. Hemoragia antepartum (HAP) este considerată ca sângerarea la nivelul tractului genital apărută de la 24 de săptămâni, până la nașterea fătului. Placenta praevia constă în inserția în totalitate sau parțială a placentei la nivelul segmentului uterin inferior. Ea se clasifică în funcție de rezultatele examenului ecografic transabdominal asociat cu elementele clinice relevante în: ⁽¹⁾

- Gradul I – PRAEVIA LATERALĂ – marginea inferioară a placentei se găsește la nivelul segmentului uterin inferior;
- Gradul II – PRAEVIA MARGINALĂ – marginea inferioară a placentei ajunge până la nivelul orificiului cervical intern;
- Gradul III – PRAEVIA PARȚIALĂ – placenta acoperă parțial orificiul cervical intern;
- Gradul IV – PRAEVIA COMPLETĂ – placenta acoperă complet orificiul cervical intern. ⁽¹⁾

Gradele I și II sunt definite ca placenta praevia minoră, iar gradele III și IV sunt definite ca placenta praevia majoră. ⁽¹⁾

Termenul de placenta praevia trebuie utilizat când placenta acoperă direct orificiul cervical intern (parțial sau total). ⁽¹⁾ Pentru sarcinile cu vârsta gestațională peste 16 săptămâni, termenul de placentă jos inserată trebuie utilizat pentru placenta a cărei margine inferioară se află la o distanță mai mică de 20 mm de orificiul cervical intern pe ecografia transabdominală sau transvaginală. ⁽¹⁾

Incidența placentei praevia este de 1 la 250 de nașteri. ^(2,3)

Placenta cu aderență și invazie anormală (PAA) cuprinde placenta cu aderență anormală - accreta, increta, percreta - și reprezintă penetrarea anormală prin decidua bazală, până în miometru/ seroasă a vilozităților coriale. Pentru ușurința descrierii în acest ghid se va folosi termenul generic de placentă accreta spectrum (PA)/ placenta cu aderență anormală pentru a include toate variantele de placentă cu aderență și invazie anormală. Cazurile de placenta accreta sunt divizate în totală, parțială sau focală, în funcție de proporția de țesut placentar implicat și de profunzimea invaziei, existând diferite grade de invazie placentară chiar și la nivelul aceleiași mase placentare. ⁽¹⁾

2 SCOP

Acest ghid are ca scop scăderea frecvenței și severității complicațiilor asociate cu această patologie, dar și creșterea nivelului de satisfacție în rândul gravidelor, precum și de a descrie modalitățile de diagnostic și tratament ale placentei praevia care reprezintă una dintre cauzele majore de HAP.

Prezentul ghid clinic pentru placenta praevia se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicină de familie, anestezie și terapie intensivă, neonatologie) ce se confruntă cu problematica placentei praevia.

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, facilitând comunicarea dintre aceștia
- ghidul protejează practicianul din punct 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 informații pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate.

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

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

3 METODOLOGIE DE ELABORARE 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 Tehnice de Elaborare (GTE) pentru fiecare subiect.

În data de 14 octombrie 2006, în cadrul Congresului Societății de Obstetrică și Ginecologie din România (SOGR) 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, studii de caz și revizuirii sistematice. Cuvintele cheie utilizate au fost: placenta praevia, hemoragie antepartum.

După verificarea principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatare 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 Reuniuni de Consens care a avut loc la Sinaia, în perioada 27 - 30 noiembrie 2008. 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. 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 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 au luat în considerare și au încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de către evaluatorii externi și de pe site, redactând versiunea finală a ghidului.

Următoarele baze de date electronice au fost utilizate pentru a căuta studii randomizate relevante, review-uri sistematice și meta analize: Baza de date Cochrane, EMBASE, Trip, MEDLINE și PubMed. Selecția articolelor a fost restricționată pentru perioada de timp scursă de la realizarea ghidului anterior până în prezent (decembrie 2008 – noiembrie 2018). Bazele de date au fost analizate utilizând termenii relevanți din MeSH (Medical Subject Headings), printre acești termeni putând enumera: “placenta praevia” “low lying placenta” “placenta accreta” “placenta increta” “placenta percreta” “abnormally adherent placenta” “abnormaly invasive placenta” “vasa praevia”.

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

Evaluarea finală a reviziei ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul AGREE. 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 documentul și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 30 Martie 2019.

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 terapeutică;
- Urmărire și monitorizare;
- Aspecte administrative.

5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

5.1 Diagnosticul clinic de placentă praevia

Standard	Diagnosticul clinic de placenta praevia nu se poate stabili cu certitudine. Medicul trebuie să ridice suspiciunea clinică de placentă praevia dacă: <ul style="list-style-type: none">- pacienta se prezintă pentru sângerare vaginală spontană după 24 de săptămâni de amenoree;- absența contracțiilor uterine dureroase;- activitate cardiacă fetală prezentă și mișcări active fetale prezente;- tonus uterin normal;- prezentație distocică. ⁽¹⁾	B
Recomandare	Se recomandă ca medicul să informeze pacienta asupra faptului că, uneori pot fi asociate următoarele condiții: ruptura prematură de membrane, restricția de creștere intrauterină, antecedente de placenta praevia sau placenta accreta (PA).	E
Recomandare	Se recomandă ca diagnosticul pozitiv definitiv să fie stabilit numai după efectuarea examenului ecografic. Suspiciunea de placentă praevia crește odată cu asocierea mai multor criterii din cele menționate anterior.	E
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că nașterea prin operație cezariană este asociată cu un risc crescut de placenta praevia la sarcinile următoare. Riscul crește cu numărul de intervenții cezariene din antecedente.	A
Argumentare	Un review sistematic și o metaanaliză a 22 de studii, care au inclus 2 milioane de nașteri, au indicat o creștere a incidenței placentei praevia de la 10 la 1.000 de nașteri în cazul pacientelor cu o singură intervenție cezariană în antecedente la 28 la 1.000 de nașteri la pacientele cu trei sau mai multe nașteri prin operație cezariană în antecedente. ⁽¹⁾ O metaanaliză din 2014 a confirmat aceste rezultate și a raportat un risc relativ (odds ratio – OR) de 1,47 (95% CI 1,44-1,51) pentru placenta praevia după o naștere prin operație cezariană în antecedente. ⁽¹⁾	Ia
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că tehnicile de reproducere umană asistată și tabagismul matern cresc riscul de placenta praevia.	A
Argumentare	Tehnicile de reproducere asistată sunt asociate cu un risc mai crescut de placenta praevia, independent de incidența crescută a sarcinilor multiple ce rezultă în urma acestor tehnici. ⁽¹⁾ O metaanaliză din 2016 care a studiat incidența placentei praevia în cazul sarcinilor monofetale obținute prin tehnici de reproducere umană asistată a raportat un raport de risc (risk ratio) de 3,71 (95% CI 2,67) pentru placenta praevia, rezultat confirmat și de o metaanaliză din 2017. ⁽¹⁾	Ia

5.2 Diagnosticul pozitiv al placentei praevia

Standard	Medicul trebuie să recomande screening-ul de rutină pentru placenta praevia între 20 și 22 de săptămâni, odată cu efectuarea ecografiei morfologice fetale, când se poate stabili localizarea, gradul, ecogenitatea placentară, precum și inserția cordonului. ^(2,3,4)	B
Standard	Termenul de „placenta praevia” trebuie folosit când placenta se află în raport direct cu orificiul cervical intern.	A
Argumentare	Pentru sarcinile cu vârstă de gestație mai mare de 16 săptămâni este recomandat să se folosească termenul de „placentă jos inserată” pentru cazurile în care marginea inferioară a placentei se află la o distanță mai mică de 20 mm față de orificiul cervical intern pe ecografia transabdominală și/sau pe cea transvaginală. ⁽¹⁾	Ia
Standard	Medicul trebuie să stabilească diagnosticul pozitiv prin următoarele metode de investigație paraclinică: ecografie transvaginală (ETV) și ecografie transabdominală (ETA). ^(1,4)	A
Opțiune	Imagistica prin rezonanță magnetică (IRM) poate stabili cu acuratețe diagnosticul de placenta praevia în acele unități medicale care dețin aparatura necesară. Este superioară ETA, dar rareori aduce informații superioare față de ETV, pentru localizarea placentei.	E

5.2.1 Ecografia obstetricală transvaginală

Standard	Ecografia transvaginală este gold standard pentru diagnosticul placentei praevia.	A
Argumentare	Incidența acurateței diagnosticului prin ETV este ridicată adică: sensibilitate 87,5%, specificitate 98%, valoare predictivă pozitivă 94,3%, valoare predictivă negativă 97,6%. ⁽¹⁾	Ib
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că ETV este sigură și nu comportă riscuri chiar și în cazul prezenței sângerării vaginale.	C
Argumentare	Ecografia transvaginală îmbunătățește acuratețea indentificării inserției placentare, în particular în cazul placentelor cu inserție posterioară sau dacă ecografia transabdominală nu este clară, spre exemplu, în cazul obezității materne sau a prezenței unor mioame uterine de mari dimensiuni. ⁽¹⁾	IV
Recomandare	Este recomandat să se menționeze în buletinul ecografic distanța de la nivelul marginii placentare până la nivelul orificiului cervical intern (OCI) folosind mm ca unități de măsură sau în cazul în care placenta acoperă OCI valoarea în mm cu care acoperă OCI.	B
Argumentare	Dacă marginea placentei ajunge chiar la marginea OCI atunci se notează cu 0 mm. ⁽⁴⁾	Ila
Opțiune	Dacă se începe transabdominal examinarea ecografică în cazul suspiciunii de placenta praevia, medicul poate să se continue examinarea cu ETV.	B
Argumentare	Comparând ecografia ETV și ETA într-un studiu randomizat, Sherman et al. evidențiază superioritatea ETV. ⁽⁴⁾	Ila

Standard	Dacă la ecografia de morfologie fetală din trimestrul al II-lea se identifică o placentă jos inserată (marginea inferioară a placentei la mai puțin de 20 mm de orificiul cervical intern) sau o placentă praevia (care acoperă orificiul cervical intern), i se recomandă medicului o reevaluare ecografică transvaginală la 32 de săptămâni pentru diagnosticul de placentă jos insertă persistentă și/sau placenta praevia.	C
Argumentare	Momentul pentru examenul ecografic de confirmare din trimestrul al III-lea de sarcină a variat între 32 și 36 de săptămâni de gestație, în funcție de gradul în care placenta acoperă orificiul cervical intern. De asemenea, stabilirea acestui moment s-a realizat și în funcție de riscul estimat de sângerare vaginală prenatală. ⁽¹⁾	IV
Standard	În cazul în care placenta acoperă OCI la 18-23 săptămâni de gestație, medicul trebuie să efectueze o reevaluare ecografică ulterioară în trimestrul III de sarcină.	B
Argumentare	Dacă OCI este acoperit cu mai mult de 15 mm suprafață placentară, atunci probabilitatea ca la termen să avem o placentă praevia este foarte mare. ^(3,4)	IIb
Standard	În cazul pacientelor cu o placentă jos inserată persistentă sau o placenta praevia la 32 de săptămâni, care rămân asimptomatice, se recomandă o reevaluare ecografică transvaginală la 36 de săptămâni	C
Argumentare	Pentru a discuta în mod argumentat despre modul de naștere. ⁽¹⁾	IV
Recomandare	Dacă la 26 de săptămâni marginea placentei se află la cel puțin 20 de mm distanță de OCI, medicului îi este recomandat să repete ecografiile la intervale regulate de timp pentru că poziția placentei se poate schimba.	B
Argumentare	În trimestrul III, dacă placenta acoperă cu cel puțin 20 mm sau mai mult de 20 de mm din suprafața sa OCI, atunci probabilitatea ca nașterea să se finalizeze prin operație cezariană este foarte mare. ⁽¹⁾	IIb
Recomandare	Medicului i se recomandă să efectueze o examinare ecografică obstetricală preoperatorie.	E
Standard	Toate gravidele care la 20-23 de săptămâni prezintă placenta care acoperă parțial sau total OCI vor trebui monitorizate ecografic.	E
5.2.2 Ecografia obstetricală transabdominală		
Standard	Dacă nu există posibilitatea realizării unei ETV, medicul va efectua o ETA cu ajutorul căreia se poate aprecia raportul între marginea placentei și OCI.	E
Recomandare	Medicului îi este recomandat să aibă în vedere faptul că ecografia transvaginală pentru diagnosticul de placenta praevia sau placentă jos inserată este superioară ecografiei transabdominale sau transperineale.	E
Standard	Examinarea ecografică transabdominală a placentei trebuie să o cuprindă pe aceasta în secțiune sagitală, parasagitală și transversă.	B

Recomandare	Diagnosticul de placentă praevia suspectat la 20-23 săptămâni prin ETA se recomandă a fi confirmat prin ETV.	C
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că, gravidele care au o operație cezariană în antecedente au un risc crescut de apariție a placentei praevia și a PA.	C
Argumentare	Dacă placenta este localizată la nivelul peretelui anterior și acoperă OCI la 20 de săptămâni, urmărirea ecografică a gravidei este esențială pentru a identifica o PA. ⁽¹⁾	IV
Recomandare	În cazul gravidelor asimptomatice la care placenta nu acoperă OCI la 20 de săptămâni și marginea inferioară este la cel puțin 20 mm distanță de OCI (chiar dacă este inserată pe peretele anterior), îi este recomandat medicului să reevalueze ecografic placenta la 36 de săptămâni.	C
Recomandare	În cazul gravidelor asimptomatice la care placenta acoperă OCI la 20 de săptămâni sau se ridică suspiciunea unei PA, îi este recomandat medicului să reevalueze placenta la 32 de săptămâni pentru a clarifica diagnosticul de PA și a putea planifica corect următoarea examinare ecografică și atitudinea terapeutică.	B
Argumentare	Dintre gravidele care la 32 de săptămâni prezintă o placentă care acoperă OCI, 90% vor avea o placenta praevia și la termen. ⁽¹⁾	III
Recomandare	I se recomandă medicului să se identifice inserția cordonului ombilical.	E

5.2.3 Imagistica prin rezonanță magnetică

Opțiune	Rolul imagisticii prin rezonanță magnetică (IRM) în stabilirea diagnosticului de placentă praevia și PA este încă discutabil. Ea reprezintă o metodă adjuvantă pentru diagnostic.	E
Opțiune	Clinicienii trebuie să aibă în vedere faptul că valoarea diagnostică a IRM-ului și a ecografiei în diagnosticul anomaliilor de invazie plecentară este similară dacă examinarea ecografică este realizată de experți. ⁽¹⁾	C
Recomandare	Se recomandă efectuarea IRM în unitățile spitalicești care dispun de aparatură și numai în cazurile în care diagnosticul ecografic este neconcludent sau imaginile ecografice prin ETV sau ETA sunt nesatisfăcătoare.	E
Recomandare	Se recomandă IRM în cazul suspiciunii unei PA posterioare. Criteriile de diagnostic prin IRM a PA sunt: <ul style="list-style-type: none"> - bombarea placentei; - semnal de intensitate variabilă în interiorul placentei determinat de rețeaua vasculară; - benzi intraplacentare de culoare închisă determinate de semnal T2. 	E

5.3 *Diagnosticul pozitiv de placenta accreta*

Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra factoriilor de risc majori pentru placenta cu aderență anormală.	B
Argumentare	Aceștia sunt reprezentați de antecedentele de placenta accreta la o sarcină anterioară, naștere prin operație cezariană sau alte intervenții la nivelul uterului în antecedente, incluzând și curetajul uterin biopsic. ⁽¹⁾	III
Recomandare	Îi este recomandat medicului să trimită pacientele care prezintă oricare dintre caracteristicile ecografice sugestive pentru placentă cu aderență anormală către o clinică cu specialiști cu expertiză în imagistică.	B
Argumentare	Examinarea ecografică are o acuratețe crescută când este realizată de un imagist cu experiență în diagnosticul placentei cu aderență anormală. ⁽¹⁾	III
Standard	Pacientele cu antecedente de nașteri prin operație cezariană, care la ecografia de morfologie fetală din trimestrul a II-lea prezintă o placentă cu inserție anterioară sau o placentă praevia, trebuie examinate specific pentru spectrul de patologie al placentei cu aderență anormală.	E
Recomandare	Examinarea IRM trebuie folosită complementar examinării ecografice pentru a evalua profunzimea invaziei și extensia laterală a invaziei miometriale, în special în cazul placentei cu inserție posterioară și/sau la pacientele la care examinarea ecografică sugerează invazie parametrială.	E
Recomandare	Se recomandă să se indice examinarea ecografică Doppler color la TOATE pacientele cu placenta praevia pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului de PA, mai ales în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> - uter cicatricial cu una sau mai multe cezariene în antecedente; - placenta praevia cu localizare anterioară. ⁽¹⁾ 	B
Standard	Se vor folosi pentru descrierea diagnosticului de PA definițiile stabilite de Grupul European de Lucru pentru Placentă cu Invazie Anormală (European Working Group on Abnormally Invasive Placenta). Aceste definiții standardizate pentru criteriile de diagnostic imagistic al PA, sunt utile atât pentru a facilita diagnosticul, cât și pentru posibilitatea de a putea compara studiile clinice viitoare. În funcție de modalitatea de diagnostic ecografic (2D, 2D color Doppler, 3D) avem următoarele definiții pentru criteriile de diagnostic ale PA: ^(1,3,4) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ecografie 2D <ul style="list-style-type: none"> - pierderea "zonei clare" =dispariția sau neregularitatea zonei hipoecogene de sub patul placentar (Zona Clară); - lacune placentare anormale=prezența a numeroase lacune inclusiv a unora care sunt largi și neregulate (Finberg grad 3) care conțin un flux sanguin turbulent vizibil și în scara gri; - întreruperea peretelui vezical=pierderea sau întreruperea ecoului hiperecogen sau liniei hiperecogene dintre seroasa uterină și lumenui vezicii urinare; - subțierea miometrului= subțierea miometrului care se învecinează cu placenta la mai puțin de 1mm grosime sau lipsa individualizării miometrului; - bombarea placentei=devierea seroasei uterine față de planul normal al acesteia, datorită bombării anormale realizate de țesutul placentar față de vezica urinară; - masa focală exofitică=țesut placentar care străpunge seroasa uterină și ajunge să proemine în interiorul vezicii urinare. 2. Ecografie 2D Color Doppler 	A

- hipervascularizație uterovezicală=semnal color Doppler intens identificat între miometru și peretele posterior al vezicii urinare, expresia unor vase numeroase sinuoase;
- vase penetrante=vase care provin din placenta și trec de miometru și seroasă și pătrund în vezica urinară, cu un traseu perpendicular pe miometru;
- lacune placentare=vase din miometru și care formează lacune sanguine cu un flux sanguin crescut.

3. Ecografie 3D power Doppler

- hipervascularizație intraplacentară=vase sanguine placentare numeroase, neregulate care formează o rețea complexă, sinuoasă, de calibru diferit;
- bombarea placentară;
- masă exofitică placentară;
- hipervascularizație uterovezicală;
- vase penetrante.

Criteriile pentru diagnosticul ecografic al PA sunt următoarele:

1. Ecografia 2D:

- absența zonei hipoecogene retroplacentare;
- zonă hipoecogenă retroplacentară cu contur neregulat;
- întreruperea interfaței hiperecogene dintre seroasă și vezica urinară;
- prezența unor formațiuni exofitice hiperecogene focale care invadează vezica urinară;
- lacune placentare.

2. Ecografia Doppler color:

- imagini lacunare placentare difuze sau focale;
- lacuri vasculare care prezintă un flux vascular turbulent, cu o viteză sistolică peste 15cm/sec;
- hipervascularizația la nivelul limitei seroasă-vezica urinară;
- dilatații vasculare sinuoase la nivelul zonei subplacentare.

3. Ecografia Power Doppler color:

- vase sanguine numeroase care traversează interfața seroasă-vezica urinară;
- hipervascularizație;
- multiple vase ramificate, cu dispoziție dezordonată.

Recomandare

Dintre toate aceste criterii este de reținut că prezența unei hipervascularizații anormale între miometru și peretele vezical și a lacunelor sanguine la Doppler-ul color, au cea mai bună sensibilitate și specificitate, în timp ce prezența vaselor penetrante are cea mai bună specificitate pentru predicția PA.

C

Recomandare

Este recomandat ca un buletin ecografic în cazul unei PA să cuprindă semnele ecografice descrise prin ecografie 2D și 2D Doppler color. În prezent nu este recomandat ca buletinul ecografic standard pentru PA să cuprindă și semnale 3D power Doppler.

C

Argumentare

Ca recomandare de buletin ecografic pentru descrierea placentei cu aderență anormală (vezi Anexa 3) – Raport ecografic recomandat de experții grupului de lucru internațional privind AIP – Alfirevic et al (2015).

IV

5.4 Examenul clinic obstetrical

5.4.1 Investigarea maternă

Standard	Pacientele cu placenta praevia asimptomatice sau placentă jos inserată persistentă în trimestrul al III-lea de sarcină trebuie informate asupra riscului de naștere prematură și de sângerare obstetricală, îngrijirile prenatale ale acestora trebuind să fie adaptate nevoilor individuale ale fiecărei paciente. ⁽¹⁾	A
Standard	Pacientele cu placenta praevia asimptomatice, la care acest diagnostic se confirmă la examinarea ecografică de la 32 de săptămâni de gestație și care sunt îngrijite la domiciliu, trebuie să își asigure măsurile de urgență necesare, să aibă o persoană care să poată să le ajute în caz de urgență și să aibă acces facil la spital în cazul unei situații de urgență.	A
Argumentare	Majoritatea pacienților cu placenta praevia asimptomatice (fără sângerare sau contracții) pot fi dispensarizate în ambulator, cu aceleași rezultate ca în cazul pacienților internate, dar cu costuri mai mici. ⁽¹⁾	Ib
Standard	În cazul prezenței unei sângerări în trimestrul II (15-24 săptămâni) de sarcină sau în trimestrul III, dacă în urma efectuării ETA se suspectează o placentă jos inserată sau praevia, acest diagnostic trebuie să fie confirmat prin ETV. ⁽¹⁾	B
Standard	La gravidele cu placenta praevia simptomatice, cu sângerări recurente, îngrijirea antenatală, incluzând și spitalizarea, trebuie adaptată nevoilor individuale ale pacientei și circumstanțelor sociale, spre exemplu distanța dintre domiciliu și spital, disponibilitatea mijloacelor de transport, caracteristicile episoadelor anterioare de sângerare vaginală, rezultatele examinărilor hematologice de laborator și statusul privind acceptarea transfuziilor sangvine sau a transfuziilor de produse derivate din sânge.	E
Standard	La gravidele cu placenta praevia simptomatice, cu sângerări recurente, la care s-a decis internarea, trebuie evaluați factori de risc pentru tromboembolism venos în sarcină. În urma acestei evaluări trebuie pus în balanță riscul de a dezvolta tromboembolism venos cu riscul de sângerare din placenta praevia sau din placenta jos inserată.	C
Argumentare	În urma acestei evaluări trebuie pus în balanță riscul de a dezvolta tromboembolism venos cu riscul de sângerare din placenta praevia sau din placenta jos inserată. ⁽¹⁾	IV
Standard	Trebuie explicat clar pacienților cu placenta praevia dispensarizate ambulator în trimestrul al III-lea de sarcină importanța prezentării de urgență la spital în cazul în care acestea prezintă orice fel de sângerare vaginală, inclusiv spotting, contracții uterine dureroase sau dureri abdominale.	E
Recomandare	Se recomandă ca examinarea clinică prin tact vaginal sau prin tact rectal să nu se efectueze.	E
Recomandare	În cazul unităților medicale care NU dispun de un ecograf corespunzător, sau al hemoragiilor abundente ce nu permit asigurarea deplasării rapide a gravidei spre o astfel de facilități, medicul trebuie să stabilească diagnosticul de placentă praevia și cantitatea sângerării antepartum pe baza examenului clinic obstetrical, în special pe baza examenului cu valve.	E

Recomandare	În cazul suspiciunii de placenta praevia se recomandă ca examenul vaginal să se realizeze concomitent cu: determinarea grupului sanguin și a Rh-ului gravidei, pregătirea mijloacelor de reanimare, de transfuzie, a sălii de operație, pentru o eventuală intervenție chirurgicală și a personalului necesar operației cezariene de urgență.	E
Standard	Trebuie să se efectueze cu prudență examenul cu valvele sau cu speculul.	B
Standard	Trebuie să se evite examinarea digitală intracervicală.	A
Standard	În cazul prezenței unei sângerări în trimestrul III de sarcină este indicată ETA și/sau ETV pentru confirmarea diagnosticului de placenta praevia.	B
Standard	Palparea abdominală poate evidenția: <ul style="list-style-type: none"> - uter "de lemn" în trimestrul III sugestiv pentru abrupcio placentae; - uter relaxat, moale, sugestiv pentru placenta praevia; - uter asociat cu prezența de contracții uterine. 	A
Standard	Examenul cu valvele poate evidenția prezența sau absența dilatației colului, sau poate identifica o potențială cauză de sângerare, totodată putând aprecia și cantitatea de sânge.	B
Recomandare	Tactul vaginal se poate practica numai după efectuarea unei ETA care să excludă diagnosticul de placenta praevia centrală; el poate pune în evidență dilatația canalului cervical.	E
5.4.2 <u>Investigarea fetală</u>		
Standard	Cardiotocografia fetală (CTG) trebuie efectuată în cazul gravidelor în trimestrul III care prezintă sângerari vaginale și diagnosticul de placenta praevia. Scopul este acela că aprecierea stării fătului poate contribui la stabilirea momentului și modalității de naștere dacă este cazul.	B
Recomandare	În trimestrul II, dacă nu este posibilă evidențierea activității cardiace fetale prin cardiotocografie externă se recomandă efectuarea ETA.	C
Recomandare	În cazul în care pierderea sangvină pe cale vaginală este foarte importantă, ea poate fi însoțită de hipoxie fetală și de tulburări ale ritmului cardiac care trebuie să fie puse în evidență fie prin ecografie, fie prin examinare cardiotocografică.	C

5.4.3 Evaluarea statusului materno-fetal

Standard	Evaluarea statusului materno-fetal se realizează prin: <ul style="list-style-type: none">- evaluarea statusului matern prin examen clinic, ecografie obstetricală, investigații de laborator- evaluarea statusului fetal prin: auscultația BCF, ecografie obstetricală (ETA/ETV).- Cardiotocografie.	A
Standard	În cazul maternităților în care nu poate fi asigurată evaluarea paraclinică materno-fetală, trebuie să se aprecieze statusul matern și fetal pe baza criteriilor clinice.	B
Standard	Trebuie determinați următorii parametri biologici: grup sanguin și Rh, hemogramă, coagulogramă.	A

5.5 *Diagnosticul diferențial al placentei praevia*

Standard	Medicul va efectua diagnosticul diferențial al placentei praevia cu următoarele entități: <ul style="list-style-type: none">- decolarea prematură de placentă normal inserată;- vasele praevia;- ruptura uterină;- patologie cervicală: polipi, cervicite, neoplasm;- leziuni traumatice ale colului uterin;- ruptura prematură de membrane;- travaliu prematur;- leziuni traumatice ale peretelui vaginal;- sângerare vaginală de etiologie non-obstetricală.	B
-----------------	--	----------

6 CONDUITĂ

6.1 *Asistența prenatală*

6.1.1 Consilierea

Standard	Din trimestrul II de sarcină medicul trebuie să informeze pacienta în legătură cu diagnosticul de placenta praevia și să o consilieze privind: <ul style="list-style-type: none">- reducerea activității fizice- evitarea contactului sexual- posibilitatea deplasării rapide la spital- semnalarea către medic în cel mai scurt timp a apariției contracțiilor uterine (inclusiv dureri surde suprasimfizare) sau sângerării vaginale.	B
Standard	Trebuie să se discute cu toate gravidele cu placenta praevia și cu partenerii lor despre modalitatea de naștere. De asemenea, indicațiile pentru transfuzii sangvine sau de produse derivate din sânge și indicațiile de histerectomie trebuie să le fie prezentate, iar refuzul transfuziilor sangvine, a produselor derivate din sânge sau a celorlate variante terapeutice trebuie clar documentat.	B

Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că placenta praevia și placenta jos inserată cu inserție anterioară comportă un risc crescut de sângerare obstetricală și histerectomie de necesitate cu scop hemostatic. Nașterea trebuie să se realizeze într-o maternitate care poate oferi acces la îngrijiri de terapie intensivă.	C
Argumentare	Nașterea trebuie să se realizeze într-o maternitate care poate oferi acces la îngrijiri de terapie intensivă.	IV
Standard	Prevenția și tratamentul anemiei în perioada antenatală la pacientele cu placenta praevia sau placentă jos inserată trebuie să realizeze de o manieră similară cu cea a pacienților care nu prezintă această patologie.	C
Standard	La pacientele cu o placentă jos inserată asimptomatică în trimestrul al III-lea de sarcină, modul de naștere trebuie discutat pe baza statusului clinic, a preferințelor pacientei și susținut de aspectele identificate la examinarea ecografică, încuzând și distanța dintre marginea inferioară a placentei și poziția craniului fetal evaluată prin ecografie transvaginală.	C
Standard	Gravidele cu placenta praevia centrală vor naște prin operație cezariană.	C
6.1.2 <u>Asistența în ambulator în trimestrul III de sarcină la gravida cu placentă praevia</u>		
Standard	Posibilitatea ca gravida să fie urmărită în condiții de ambulator în trimestrul III presupune domiciliul în proximitatea unui spital, prezența constantă a unei persoane care să o acompanieze și consimțământul informat al pacientei. În cazul pacientei asimptomatice obiectivele principale în trimestrul III sunt: <ul style="list-style-type: none"> - stabilirea diagnosticului cert de placenta praevia sau dacă localizarea s-a ameliorat; - stabilirea gradului de aderență a placentei (PA); - reducerea riscului de sângerare; - determinarea momentului optim pentru efectuarea operației cezarienei. 	C
Recomandare	Se recomandă următoarea schemă de monitorizare a localizării placentare: <ul style="list-style-type: none"> - dacă la 32 săptămâni marginea inferioară este la mai mult de 2 cm de orificiul cervical intern, localizarea placentară se consideră a fi normală și nu se mai indică reevaluare în acest sens până în săptămâna 36; - examenul Doppler color este util în confirmarea localizării marginii inferioare placentare și excluderea vaselor praevia; - dacă în săptămâna 36 orificiul cervical intern este acoperit de placentă, se programează operația cezariană; - dacă în săptămâna 36 marginea inferioară a placentei se află la o distanță sub 2 cm față de orificiul cervical intern se discută cu pacienta riscurile și beneficiile travaliului. Riscul sângerării crește cu cât scade distanța între orificiul cervical intern și marginea inferioară placentară; - la orice examinare ecografică trebuie exclusă posibilitatea existenței PA; în aceste cazuri atitudinea antepartum este similară cu cea din placenta praevia, dar riscurile nașterii sunt diferite. 	C

Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că nu se poate realiza o estimare a riscului de sângerare spontană, a momentului când va putea apare sângerarea sau a volumului și frecvenței sângerărilor.	B
Argumentare	Măsurile care trebuie luate în acest sens includ: <ul style="list-style-type: none"> - evitarea tactului vaginal - evitarea după 20 de săptămâni de gestație a contactului sexual, exercițiilor sau efortului fizic, stat prelungit în picioare. 	III
Standard	Pentru administrarea corticoterapiei în perioada prenatală la pacientele cu placentă praevia și vârstă gestațională mai mică de 34-35 săptămâni trebuie consultat Ghidul clinic "Nașterea înainte de termen".	A
Standard	Momentul nașterii trebuie adaptat în funcție de simptomatologia antenatală, iar pentru pacientele cu placenta praevia asimptomatice, nașterea ar trebui să aibă loc între 36 săptămâni și 0 zile și 37 săptămâni și 0 zile.	B
6.1.3 <u>Conduita conservatoare în cazul gravidelor cu hemoragie ușoară sau moderată asociate placentei praevia</u>		
6.1.3.1 Măsuri nespecifice		
Standard	Sângerarea în placenta praevia este urgență obstetricală și presupune internare în secția de obstetrică-ginecologie. Obiectivele principale la internare sunt: <ul style="list-style-type: none"> - asigurarea stabilității hemodinamice materne - stabilirea necesității operației cezariene de urgență. 	A
Recomandare	Se recomandă ca medicul să informeze pacienta asupra faptului că evaluarea cantității de sânge pierdut este dificilă, are acuratețe redusă și include: <ul style="list-style-type: none"> - evaluare vizuală în timpul examinării locale cu specul vaginal - aprecierea materialelor sanitare și obiectelor personale îmbibate cu sânge - analize de laborator, inclusiv evaluare pentru coagulopatie (nivel de fibrinogen, APTT, timp de protrombină). 	E
Standard	La pacientele cu particularități de crază sangvină (trombofilie, boli de colagen) este utilă colaborarea cu medicul hematolog, având în vedere riscul înalt trombembolic.	C
Standard	Stabilizarea pacientei folosind soluții cristaloides (Soluție Ringer, Ser fiziologic) și/sau transfuzie de sânge, dacă tahicardia și hipotensiunea nu se corectează rapid după administrarea acestora sau valorile hemoglobinei sunt <8g/dl.	B

6.1.3.2 Corticoterapia

Standard	Trebuie administrați corticosteroizii gravidelor simptomatice cu placenta praevia conform Ghidului clinic "Nașterea înainte de termen".	A
Argumentare	Comparativ cu placebo sau fără tratament antenatal cu corticosteroizi (betametazonă, dexametazonă sau hidrocortizon), corticoterapia antenatală este asociată cu o reducere a incidenței morbidităților neonatale cele mai importante asociate prematurității (sindromul de detresă respiratorie – risc relativ mediu 0,66, 95% CI 0,56-0,77; hemoragia intraventriculară – risc relativ mediu 0,66, 95% CI 0,40-0,76; enterocolită necrotizantă – risc relativ 0,50, 95% CI 0,32-0,78), cât și cu o reducere a mortalității perinatale (risc relativ 0,72, 95% CI 0,58-0,89). ⁽¹⁾	Ia

6.1.3.3 Corecția anemiei

Standard	Se vor administra preparate de fier oral sau parenteral în cursul spitalizării și la externare pentru gravidele cu anemie.	B
Argumentare	Transfuzia trebuie administrată în cazul în care hematocritul rămâne sub 30%.	IIb

6.1.3.4 Profilaxia izoimunizării Rh

Standard	Se vor administra 300 micrograme imunoglobulină antiD tuturor pacientelor Rh negative cu placenta praevia și sângerare.	A
Standard	Nu este necesară imunoprofilaxia dacă nașterea va avea loc în mai puțin de 3 săptămâni de la episodul de sângerare.	B
Argumentare	Teoretic, sângerări de la nivelul interfeței placentare maternofetale pot duce la microtransfuzii feto-materne și apariția izoimunizării.	Ila

6.1.3.5 Tocoliza

Standard	Tocoliza NU va fi folosită pentru a temporiza nașterea în cazul gravidelor cu sângerare majoră, instabile hemodinamic sau cu suferință fetală.	A
Opțiune	Este relativ contraindicată în sângerarea medie din placenta praevia.	E
Standard	Trebuie indicată tocoliza în următoarele situații în condiții de membrane intacte: <ul style="list-style-type: none">- între 24 și 36 săptămâni de amenoree;- sângerare vaginală absentă sau minimă;- pacientă stabilă hemodinamic;- absența corioamniotitei;- contracții uterine dureroase;- dacă nu există contraindicații materne sau fetale pentru tocoliză.	B

Standard	Pentru pacientele care se prezintă cu placentă praevia sau jos inserată simptomatică trebuie realizată tocoliza pentru 48 de ore, dacă nu există sângerare vaginală majoră, instabilitate hemodinamică maternă sau suferință fetală, pentru a facilita administrarea corticoterpiei antenatale.	A
Argumentare	Un review sistematic care a încercat să determine dacă tocoliza prelungită (48 de ore sau mai mult), la pacientele înainte de termen, cu placentă praevia simptomatică, îmbunătățește statusul perinatal al nou-nascutului a identificat 2 studii retrospective (număr total de pacienți=217) și un studiu randomizat prospectiv (număr de pacienți=60). Rezultatele studiului randomizat au arătat ca sarcina poate fi prelungită pentru mai mult de 7 zile cu terapie tocolitică continuă (risc relativ 3,10, 95% CI 1,38-6,96). Când datele au fost coroborate cu analizele din studiile retrospective, rezultatele nu au atins nivelul de semnificație statistică. ⁽¹⁾	Ib
Standard	Tocoliza trebuie indicată în cazul rupturii premature de membrane înainte de 34 săptămâni de sarcină în următoarele condiții: <ul style="list-style-type: none"> - pacientă stabilă hemodinamic; - lipsa corioamniotitei; - dacă nu există contraindicații materne și fetale pentru tocoliză. 	B
Opțiune	Chiar dacă până în prezent au fost folosite beta-mimetice, rămâne de stabilit care este medicamentul cel mai indicat, având în vedere efectele adverse ale beta-mimeticilor.	B
Argumentare	Nu există date științifice care să argumenteze eficiența tocolizei profilactice la gravida cu placenta praevia. Etiologia sângerării din placenta praevia se poate datora atât dezvoltării segmentului, dar poate fi inițiată și de contractilitatea uterină. ⁽⁵⁾	Iib
Standard	Dacă nașterea se indică din motive materne sau fetale, tocoliza nu este indicată pentru prelungirea sarcinii.	B
6.1.3.6 Cerclajul colului uterin		
Standard	Nu se indică efectuarea cerclajului colului uterin în timpul sângerării din placenta praevia în scopul opririi sângerării și prelungirii sarcinii.	A
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că existența placentei praevia asimptomatică nu reprezintă o contraindicație pentru efectuarea cerclajului de col uterin în condițiile existenței incontinenței cervico-istmice.	C
Argumentare	Cerclajul a fost folosit în aceste cazuri pornind de la teoria că ar împiedica destinderea prematură a istmului care ar duce la clivaj în patul de inserție placentară. Această abordare nu este demonstrată a avea un fundament științific până în prezent. ⁽⁵⁾	IV
6.1.3.7 Profilaxia bolii tromboembolice		
Standard	Trebuie indicată realizarea profilaxiei tromboembolice în următoarele situații: <ul style="list-style-type: none"> - gravide cu risc tromboembolic înalt (vezi ghidul "Boala tromboembolică în sarcină și lehozie"); - gravide cu tulburări de crază sangvină preexistentă; - gravide cu imobilizare prelungită în pat. 	B

Recomandare	Se recomandă încurajarea mobilizării gravidei ori de câte ori este posibil, pentru reducerea riscului trombotic. Se recomandă folosirea contenției elastice a membrelor inferioare. Este preferată heparina nefracționată în locul acțiunii heparinei cu greutate moleculară mică. Profilaxia trombotică trebuie atent discutată în cazul pacientelor cu risc înalt de sângerare, iar decizia trebuie luată individual pentru fiecare caz în parte, limitând indicațiile pentru cazurile cu risc trombotic înalt.	E
--------------------	--	----------

6.1.3.8 Administrarea sulfatului de magneziu

Recomandare	Se recomandă administrarea sulfatului de magneziu la pacientele simptomatice cu placenta praevia între săptămânile 24-32 de amenoree, dacă nașterea va avea loc la mai mult de 24 de ore de la administrare.	B
--------------------	--	----------

Standard	Cezariana de urgență în scop matern sau fetal nu trebuie întârziată în scopul administrării sulfatului de magneziu.	A
-----------------	---	----------

6.1.3.9 Conduita în cazul pacientelor stabile după episodul de sângerare

Standard	Medicul trebuie să informeze pacientele sub 34 de săptămâni de sarcină, stabile hemodinamic și cu evaluare fetală fără risc, asupra faptului că sunt candidate pentru conduita expectativă.	B
-----------------	---	----------

Argumentare	Scopul este de a prelungi durata sarcinii pentru o creștere și o maturare fetală corespunzătoare, dar fără a supune mama la un risc crescut pentru sângerare recurentă.	IIb
-------------	---	------------

Standard	Dacă sângerarea se oprește după primul sau al doilea episod și îndeplinește următoarele criterii, gravida poate fi externată: ⁽¹⁸⁾ <ul style="list-style-type: none"> - să se poată întoarce la spital în maxim 20 de minute - să fie compliantă și să înțeleagă recomandările medicale - să înțeleagă riscurile supravegherii ambulatorii - să fie capabilă să respecte recomandarea privind lipsa efortului fizic și repausul la pat la domiciliu. 	C
-----------------	---	----------

Recomandare	Dacă apare cel de al treilea episod de sângerare în trimestrul III de sarcină, se recomandă spitalizarea pacientei până la naștere.	B
--------------------	---	----------

Argumentare	Datele științifice indică faptul că riscul realizării a unei cezariene de urgență crește cu creșterea numărului de episoade de sângerare antepartum. ⁽⁶⁾	IIb
-------------	---	------------

Standard	Nașterea în intervalul de gestație 34 săptămâni și 0 zile – 36 săptămâni și 6 zile trebuie luată în considerare la pacientele cu placenta praevia sau placenta jos inserată și antecedente de sângerare vaginală sau alți factori de risc asociați pentru nașterea prematură.	B
-----------------	---	----------

6.1.3.10 Ruptura prematură a membranelor

Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că hemoragia antepartum crește riscul rupturii premature de membrane.	B
Argumentare	În acest caz, fiecare condiție (placenta praevia și ruptura prematură de membrane) se va analiza și manageria independent.	IIb

6.2 Nașterea la pacienta cu placenta praevia

6.2.1 Consiliere înainte de naștere

Standard	Toate gravidele cu placenta praevia vor fi informate privind riscurile intervenției și diferitele variante terapeutice și aceste aspecte vor fi notate în mod deosebit în consimțământul semnat de pacientă. Vor fi incluse și aspectele legate de incizia operatorie și ce variante conservatoare există ca alternative la histerectomia de hemostază.	C
Argumentare	Diagnosticul de placenta praevia și, în special, accreta, increta și percreta, implică un risc hemoragic crescut cu posibilitatea transfuziei sanguine sau a histerectomiei de necesitate în scop hemostatic. ⁽⁷⁾	IV
Standard	Orice pacientă care își dă consimțământul pentru nașterea prin operație cezariană trebuie să înțeleagă riscurile asociate cu această intervenție și riscurile specifice ale acestei operații în cazul placentei cu aderență anormală în termeni de sângerare obstetricală masivă, riscul de leziuni ale tractului urinar inferior, necesitatea de transfuzii sanguine și riscul de histerectomie.	B
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra factorilor de risc majori pentru placenta cu aderență anormală.	B
Argumentare	Factorii de risc majori pentru placenta cu aderență anormală (placenta accreta spectrum) sunt reprezentați de: istoricul de placentă accreta la sarcinile anterioare, antecedentele de naștere prin operație cezariană sau de intervenții la nivelul uterului, inclusiv curetajul uterin biopsic. ⁽³⁾	IIb
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra creșterii riscului de placentă cu aderență anormală cu numărul de nașteri prin operație cezariană din antecedente.	B
Standard	Pacientele care solicită nașterea prin operație cezariană pentru motive non-medicale trebuie informate asupra riscului de placentă cu aderență anormală și al celorlalte riscuri în cazul sarcinilor viitoare.	A
Standard	Gravidele cu placenta accreta/placenta cu aderență anormală trebuie informate asupra faptului că intervenția cezariană se poate realiza în siguranță sub anestezie regională, dar în anumite situații este necesar ca aceasta să fie convertită la anestezie generală, iar consimțământul trebuie să fie acordat de pacientă și pentru această situație înaintea intervenției chirurgicale.	C

6.2.2 Momentul nașterii și alegerea căii de naștere

Standard	Momentul nașterii depinde de statusul pacientei. Nașterea în cazul pacientelor stabile cu placenta praevia (fără sângerare sau cu sângerare minoră) se va realiza la 37-38 săptămâni de amenoree. În cazul placentelor cu aderență anormală (accreta, increta) operația cezariană se va realiza la 36-37 săptămâni de amenoree cu administrare de corticosteroizi cu 48 de ore înainte, fără necesitatea documentării maturității pulmonare fetale prin amniocenteză.	B
Argumentare	Datele colectate din trei studii retrospective monoinstituționale de tip cohortă care au inclus gravide cu antecedente de operații cezariene, la care s-a confirmat la o sarcină ulterioară diagnosticul de placenta accreta, au arătat că, în absența factorilor de risc pentru nașterea prematură, este sigură nașterea prin operație cezariană programată la 36 de săptămâni de gestație. ⁽¹⁾	IIa
Standard	Nașterea în intervalul de gestație 34 săptămâni și 0 zile – 36 săptămâni și 6 zile trebuie luată în considerare la pacientele cu placenta praevia sau placenta jos inserată cu antecedente de sângerare vaginală sau alți factori de risc pentru nașterea prematură.	B
Argumentare	Riscul de sângerare, travaliu sau sângerare și travaliu care să necesite intervenție cezariană de urgență crește cu creșterea vârstei de gestație, pe când riscul de morbiditate asociat cu prematuritatea descrește. Riscul unei sângerări asociate cu placenta praevia este de 4,7% la 35 săptămâni de gestație, de 15% la 36 de săptămâni, de 30% la 37 săptămâni și de 59% la 38 de săptămâni de gestație. ⁽¹⁾	IIb
Recomandare	În alegerea căii de naștere trebuie să se ia în considerare următoarele elemente: amploarea hemoragiei, raportul între marginea inferioară a placentei și OCI, dilatația orificiului intern și starea fatului.	E
Standard	Operația cezariană de urgență se va realiza dacă: – apare sângerare vaginală cu semne de suferință fetală acută – hemoragie importantă care pune în pericol viața mamei.	B
Standard	Modalitatea de naștere trebuie aleasă în funcție de datele clinice coroborate cu cele ecografice. Dacă marginea inferioară placentară este la mai puțin de 2 cm față de orificiul cervical intern în al treilea trimestru, se va indica operația cezariană, mai ales dacă grosimea placentară este crescută (peste 2 cm).	B
Argumentare	Pacientele la care marginea inferioară a placentei se află la o distanță mai mică de 20 mm de orificiul cervical intern în cel de-al treilea trimestru de sarcină au un risc mai crescut de a naște prin operație cezariană, mai ales când grosimea marginii placentare este crescută (mai mare de 10 mm) și/sau conține un ecou cu aspect spongios sau un sinus marginal. ⁽¹⁾	IIb
Recomandare	Se recomandă ca medicul să informeze pacienta asupra faptului că, în cazul în care marginea placentară inferioară este la mai mult de 2 cm față de orificiul cervical intern există posibilitatea nașterii pe cale vaginală, în lipsa altor contraindicații în acest sens.	B
Argumentare	Cele mai multe studii arată că examenul ecografic care stabilește situația polului inferior placentar și grosimea placentară este esențial în stabilirea căii de naștere. Cu cât placenta este mai subțire (cu o grosime de 1 cm) cu atât nașterea vaginală poate fi luată în considerare. Chiar în cazul placentelor jos inserate cu marginea inferioară la peste 2 cm de orificiul cervical intern, rata operației cezariene ajunge la 40-90%. ^(8,9)	IIb

Standard	În prezența unui diagnostic confirmat de vasa praevia în trimestrul al treilea de sarcină, nașterea prin operație cezariană programată ar trebui să se realizeze în mod ideal înainte de debutul travaliului.	A
-----------------	---	----------

Standard	Din aceste considerente, administrarea de corticosteroidi pentru maturarea pulmonară se recomandă a fi făcută începând cu 32 de săptămâni de gestație, datorită riscului crescut de naștere prematură. Algoritmul alegerii căii de naștere este prezentat schematic în Anexa 4.	B
-----------------	--	----------

6.2.3 Operația cezariană

Standard	Operația cezariană va fi decisă de către medic și poate fi: <ul style="list-style-type: none">- electivă;- de urgență - în condițiile suferinței fetale acute sau riscului matern.	B
-----------------	---	----------

Recomandare	O cerință minimă pentru o operație cezariană programată pentru diagnosticul de placenta praevia este aceea ca intervenția să fie realizată de un operator cu experiență.	C
--------------------	--	----------

Argumentare	Complicațiile materne ale unei intervenții cezariene cresc atunci când operatorul principal este un medic în pregătire comparativ cu situația în care operatorul principal este unul cu experiență. Placenta praevia este frecvent asociată cu complicații suplimentare, inclusiv cu prezentații non-cefalice (transverse sau pelviene) care necesită manevre intraoperatorii complexe pentru extracția fătului. ⁽¹⁾	IV
-------------	---	-----------

Standard	Operația cezariană programată pentru anomalii de aderență placentară trebuie manageriată de o echipă multidisciplinară, care trebuie să includă un medic primar anestezist, obstetricieni și ginecologi cu experiență în astfel de cazuri și alți medici din specialități chirurgicale, în funcție de situație.	C
-----------------	---	----------

Argumentare	Ghidurile Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie evidențiază faptul că, pentru a crește siguranța pacientului, intervenția chirurgicală trebuie realizată de o echipă de obstetricieni cu experiență care trebuie să includă un obstetrician cu experiență chirurgicală, dar și chirurghi din alte specialități (urologi, chirurghi generaliști, ginecologi cu specializare în chirurgia oncologică ginecologică), în cazul în care situația o cere. ⁽¹⁾	IV
-------------	---	-----------

Recomandare	În cazul unei operații cezariene programate pentru diagnosticul de placenta praevia sau placenta jos inserată, un obstetrician cu experiență (de obicei medic primar) și un medic anestezist cu experiență (de obicei medic primar) ar trebui să fie prezenți în sala de operații unde are loc intervenția chirurgicală. ⁽¹⁾	B
--------------------	---	----------

Recomandare	În cazul în care operația cezariană se realizează de urgență, medicul obstetrician cu experiență și medicul anestezist cu experiență trebuie solicitați de urgență pentru a fi prezenți în sala de operații.	E
--------------------	--	----------

Recomandare	Operația cezariană în placentă praevia se va realiza într-o unitate spitalicească care trebuie să îndeplinească următoarele condiții: <ul style="list-style-type: none"> - să existe un medic obstetrician în permanență - să existe medic anestezist în permanență - să existe preparate de sânge disponibile - să existe echipă multidisciplinară în vederea consultului preoperator - discuție și consimțământ informat al pacientului, preoperator - disponibilitatea secției de terapie intensivă. 	E
Recomandare	Este recomandat ca medicul, în momentul obținerii consimțământului informat al pacientei, să prezinte următoarele riscuri specifice operației cezariene asociate cu placentă praevia și care diferă față de riscurile unei operații cezariene fără această asociere. Aceste riscuri sunt: riscuri majore și riscuri frecvente. Riscurile majore sunt: histerectomia de urgență, boala trombotică, laparotomia în perioada imediat postoperatorie, leziuni vezicale și ureterale, placentă praevia la o sarcină ulterioară.	C
Argumentare	Riscul de hemoragie masivă, împreună cu existența posibilității de transfuzii sanguine, a fost estimat de a fi de 12 ori mai mare în cazul operațiilor cezariene pentru placentă praevia comparativ cu cel asociat operațiilor cezariene pentru alte indicații. ⁽¹⁾	IV
Standard	Este obligatorie disponibilitatea preparatelor de sânge compatibile pentru perioada postoperatorie, în mod deosebit în cazul PA. Nu sunt date care să recomande folosirea obligatorie a transfuziei autologe în sângerarea din placentă praevia.	A
Recomandare	Dacă o pacientă cu placentă praevia accreta refuză preoperator transfuzia sanguină, se recomandă, în măsura posibilităților, transferul într-o unitate în care să fie disponibilă radiologia intervențională, în vederea embolizării vasculare ca tratament al hemoragiei abundente postpartum.	B
Recomandare	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra faptului că anestezia regională este considerată sigură și este asociată cu un risc mai scăzut de sângerare comparativ cu anestezia generală în cazul operației cezariene indicată la pacientele cu placentă praevia sau placentă jos inserată. ⁽¹⁾	A
Recomandare	Pacientele la care placentă praevia are o inserție anterioară și pacientele cu o placentă jos inserată trebuie informate asupra posibilității de conversie a anesteziei regionale la anestezie generală dacă situația o cere și trebuie să își dea acordul anterior intervenției chirurgicale. ⁽¹⁾	A
Standard	În cazul pacientelor instabile hemodinamic operația cezariană trebuie efectuată sub anestezie generală.	B
Recomandare	Se recomandă practicarea operației cezariene sub anestezie regională în cazul pacientelor stabile hemodinamic, în absența urgenței obstetricale.	B
Argumentare	Un studiu recent de tip caz-control a identificat anestezia generală ca fiind unul dintre principalii factorii de risc pentru hemoragie maternă la gravidele cu placentă praevia. ⁽¹⁾	IIa

Standard	Trebuie realizată incizie verticală la nivel tegumentar și/sau la nivel uterin în cazul în care fătul este într-o prezentație transversă pentru a evita placenta, în special dacă vârsta de gestație este sub 28 de săptămâni de gestație.	B
Argumentare	În cazul unei placentae praevia cu inserție anterioară, incizia transplacentară este frecvent asociată cu o hemoragie maternă mai importantă. Un studiu retrospectiv de tip cohortă a concluzionat că evitarea unei incizii transplacentare, în cazul unei placentae praevia cu inserție anterioară, după 24 de săptămâni de gestație, reduce necesarul de transfuzii materne intra- și post-operator. O incizie în forma literei "J" la nivel uterin, la pacientele cu placenta praevia, a fost evaluată printru studiu retrospectiv de mici dimensiuni și a fost demonstrată ca scăzând pierderea intraoperatorie de sânge și ca facilitând extracția fătului. ⁽¹⁾	IIb
Standard	Medicul trebuie să evite traversarea patului placentar când pătrunde în uter. Localizarea ecografică precisă preoperatorie este esențială. Dacă traversarea placentei este inevitabilă, extracția copilului și clamparea cordonului ombilical trebuie să fie cât mai rapidă.	C
Argumentare	În cazul traversării placentei, hemoragia care apare rapid de la nivelul vaselor fetale duce la anemia acută severă a nou-născutului. ⁽³⁾	IV
Standard	Dacă măsurile farmacologice eșuează să controleze hemoragia, se recomandă inițierea cât mai rapidă a tamponadei intrauterine și/sau a tehnicilor chirurgicale de hemostază.	B
Argumentare	Tamponada intrauterină cu balon, diferitele tipuri de suturi compresive și tehnicile de ocluzie ale arterelor uterine au fost din ce în ce mai utilizate în ultimii ani la pacientele cu placenta praevia cu scopul de a controla, de a reduce sau de a stopa hemoragia intraoperatorie sau din perioada postoperatorie/postpartum. Serii de cazuri în care s-au folosit catetere cu balon hidrostatic intrauterin, incluzând aici balonul Bakri, balonul BT-Cath, sau sonda Sengstaken-Blakemore, la pacientele cu placenta praevia au raportat un succes în controlarea hemoragiei în postpartum, cu procente variind între 75% și 88%. ⁽¹⁾ Suturile compresive uterine și suturile endouterine sunt tehnici bine cunoscute pentru controlul hemoragiei datorate hipotoniei uterine în postpartum. Cea mai cunoscută tehnică de sutură a fost descrisă de B-Lynch în 1997. O tehnică combinată între sutura B-Lynch și utilizarea balonului hemostatic intrauterin a fost folosită cu succes pentru prevenirea sângerării în postpartum, la pacientele cu placenta praevia. ⁽¹⁾	III
Standard	În cazul placentei praevia accreta, deschiderea uterului trebuie să se realizeze la distanță de placenta, iar extragerea fătului să se facă pe cât posibil fără a antrena extracția placentei.	C
Standard	Recurgerea cât mai precoce la histerectomia de hemostază este recomandată dacă celelalte mijloace de hemostază (medicală sau chirurgicală) s-au dovedit ineficiente.	B
Standard	Histerectomia de necesitate în timpul intervenției cezariene se recomandă să se realizeze cu placenta lăsată in situ, fără a se încerca extracția acesteia. ⁽¹⁾	C
Recomandare	Când extensia placentei accreta este limitată, atât în profunzime, cât și în suprafață, și întregul pat de inserție placentară este accesibil și vizualizabil (exemplu – complet	E

anterior, fundic sau posterior fără invazie pelvină profundă), intervențiile de conservare a uterului pot fi fezabile, inclusiv rezecția miometrială parțială.

Recomandare	Tehnicile chirurgicale de conservare a uterului trebuie încercate doar de chirurghi care lucrează în echipe cu experiență în managementul unor astfel de cazuri și după o consiliere a pacientei în privința riscurilor și după obținerea unui consimțământ informat.	C
Argumentare	Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie recomandă histerectomie după intervenție cezariană programată, înainte de termen, cu placenta lasată in situ, pentru cazurile de placenta cu aderență anormală (placenta accreta spectrum), această intervenție fiind asociată cu o morbiditate de cauză hemoragică ridicată. În cazul unei suspiciuni înalte de placenta accreta la momentul operației cezariene, majoritatea membrilor Societății Americane de Medicină Materno-Fetală și bordul de experți al FIGO au practicat histerectomie. ⁽¹⁾	IV
Opțiune	La momentul actual nu există suficiente date pentru a recomanda utilizarea de stenturi ureterice în cazurile cu placenta cu aderență anormală.	E
Recomandare	Se recomandă ca medicul să informeze pacienta asupra faptului că tratamentul conservator al placentei praevia accreta, atunci când gravida sângerează, este foarte puțin probabil să fie încununat de succes, astfel putând fi afectat negativ prognosticul matern.	E
Standard	Există date insuficiente care să susțină intervențiile de conservare a uterului în cazul placentei percreta, iar pacientele trebuie informate asupra riscului crescut de complicații peripartum și secundare, inclusiv despre necesitatea, în unele cazuri, de histerectomie per secundam.	C
Argumentare	Următoarele 4 abordări au fost descrise: <ol style="list-style-type: none"> 1. Histerectomie per primam, după extracția fătului, fără încercarea de detașare a placentei din patul de inserție. 2. Extracția fătului evitând placenta, cu sutura tranșei de histerotomie, lăsând placenta in situ. 3. Extracția fătului, evitând placenta, urmată de excizia parțială a peretelui uterin, la nivelul patului de inserție placentară și sutura uterului. 4. Extracția fătului, evitând placenta, lăsând-o in situ, intervenție urmată la 3-7 zile de histerectomie per secundam, după intervenția primară. ⁽¹⁾ <p>Nu există studii observaționale bine controlate și ca atare, nu există recomandări ferme care să fie făcute. ⁽¹⁾</p>	IV
Recomandare	Histerectomia electivă peripartum poate să nu fie o opțiune dacă pacientele își doresc conservarea uterului sau dacă echipa chirurgicală consideră inadecvată o astfel de intervenție într-un anumit context dat.	C
Recomandare	Când placenta este lăsată in situ, medicului îi este recomandat să gândească o conduită terapeutică ce include examinări clinice repetate, reevaluări ecografice și acces la îngrijiri de urgență în cazul în care pacienta dezvoltă complicații ca infecție sau sângerare.	C
Argumentare	Pacienta trebuie informată asupra riscului de sângerare vaginală cronică, sepsis, șoc septic, peritonită, necroză uterină, fistulă, leziuni ale organelor vecine, edem pulmonar	IV

acut, insuficiență renală acută, tromboză venoasă profundă sau tromboembolism pulmonar. ⁽¹⁾

Standard	Terapia adjuvantă cu metotrexat nu trebuie utilizată în cazul conduitei expectative.	C
Argumentare	Aceasta nu și-a dovedit eficiența și prezintă efecte secundare semnificative. ⁽¹⁾	4
Recomandare	Se recomandă realizarea unor studii randomizate mai mari pentru a determina siguranța și eficacitatea radiologiei intervenționale, înainte ca această tehnică să fie recomandată de rutină în managementul placentei cu aderență anormală.	E
Standard	În cazul unei placentă cu aderență anormală (placenta accreta spectrum), diagnosticată după extracția fătului, se recomandă ca placenta să fie lăsată in situ și să se practice histerectomie de urgență.	E
Recomandare	În cazul în care, la momentul unei intervenții cezariene, la o pacientă cu antecedente de nașteri prin operație cezariană, în care atât pacienta cât și fătul sunt stabili, se constată la deschiderea cavității abdominale o placenta percreta, intervenția cezariană trebuie temporizată până la momentul când o echipă cu experiență este prezintă în sala de operație și până când resursele necesare au fost mobilizate și produse de sânge sunt disponibile. Aceasta poate însemna chiar și închiderea abdomenului matern și transfer de urgență într-o unitate care dispune de toate resursele necesare pentru o astfel de intervenție (resurse umane și materiale).	E
6.2.4 Nașterea pe cale vaginală		
Opțional	Nașterea pe cale vaginală poate fi luată în considerare dacă: <ul style="list-style-type: none">- polul inferior placentar este la peste 2 cm de orificiul cervical intern;- status hemodinamic matern stabil;- lipsa semnelor de suferință fetală.	E
Standard	Dacă polul inferior placentar este la peste 2 cm față de orificiul cervical intern, decizia privind nașterea vaginală trebuie să țină cont și de grosimea placentară, angajarea craniului fetal, posibilitatea ca acesta să comprime placenta și să împiedice sângerarea.	E
Standard	Se recomandă ca pacientele cu placenta praevia la care se ia în calcul nașterea pe cale vaginală să fie sfătuite să se prezinte la spital cât mai repede posibil de la debutul contracțiilor sistematizate.	E
Standard	Se recomandă ca în sala de naștere să se păstreze un abord venos continuu, monitorizare fetală continuă, să se aibă la dispoziție preparate de sânge și să se asigure posibilitatea efectuării operației cezariene de urgență.	E

6.2.5 Măsuri medicale postpartum

Recomandare	În cazul sângerării postpartum se pot administra agenți uterotonici, dacă sângerarea se datorează atoniei uterine.	E
Recomandare	Medicului i se recomandă inițierea antibioterapiei profilactică în caz de: <ul style="list-style-type: none">- operație cezariană;- anemie maternă severă;- extracție manuală a placentei.	B
Argumentare	Morbiditatea infecțioasă maternă crește semnificativ în aceste situații. ⁽¹⁾	IIa

6.3 *Conduita în cazul gravidelor cu hemoragii severe asociate placentei praevia*

Standard	Trebuie să fie asigurat un abord venos multiplu.	E
Standard	Medicul să solicite sânge izogrup/izoRh.	E
Standard	Trebuie să fie indicată nașterea în următoarele situații: traseu cardiotocografic anormal, hemoragie maternă severă, hemoragie survenită după 34 de săptămâni de gestație.	E
Standard	Medicul trebuie să indice nașterea prin operație cezariană.	E
Standard	În fața unei posibile PA, medicul trebuie să anticipeze conduita chirurgicală de urmat.	E

7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Standard	Medicul trebuie să monitorizeze statusul matern și fetal.	A
Standard	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile diagnosticării clinice sau ecografice de placentă praevia, medicul trebuie: <ul style="list-style-type: none">- să determine statusul hemodinamic matern;- să asigure stabilitatea hemodinamică maternă;- să aprecieze statusul fetal;- să asigure transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate de nivel superior.	A

7.1 *Monitorizarea ecografică a placentei praevia*

Recomandare	<p>În fața diagnosticului de placentă praevia precizat după 24 săptămâni de sarcină, se recomandă ca medicul să indice urmărirea acesteia prin examinări ecografice seriate după cum urmează:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pacientele cu placenta praevia marginală, asimptomatică – examinarea trebuie repetată lunar; - la pacientele cu placenta praevia centrală și parțial centrală, asimptomatică – examinarea ecografică trebuie repetată la intervale de 2 săptămâni; - pacientele cu placentă praevia și sângerare vaginală – vor fi monitorizate ecografic la intervale individualizate, în funcție de importanța hemoragiei. 	B
Argumentare	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.	IIa
7.2 Monitorizarea maternă în hemoragiile ușoare-moderate asociate placentei praevia		
Standard	<p>Medicul trebuie să monitorizeze statusul hemodinamic matern prin determinarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zilnică - a TA, pulsului - săptămânală - a investigațiilor de laborator (hemograma, coagulograma). 	B
7.3 Monitorizarea maternă în hemoragiile severe asociate placentei praevia		
Standard	Medicul trebuie să indice monitorizarea TA și a frecvenței cardiace materne.	B
Standard	Medicul trebuie să indice monitorizarea debitului urinar.	C
Recomandare	<p>Se recomandă medicului să indice evaluarea periodică a următorilor parametri biologici prin efectuarea următoarelor investigații de laborator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hemogramă, coagulogramă; - ionogramă serică, creatinină, acid uric, clearance-ul creatininei. 	A
Standard	<p>Medicul OG și medicul ATI trebuie să indice ca, la pacienta aflată în postpartum-ul imediat, să fie urmărite următoarele aspecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - status-ul hemodinamic matern; - corectarea tulburărilor de coagulare; - retracția uterină; - sângerarea vaginală. 	A
7.4 Monitorizarea fetală		
Standard	În cazul conduitei conservatoare, la gravidele cu placenta praevia, medicul trebuie să indice monitorizarea cardiotocografică fetală, concomitent cu cea maternă în absența sângerării vaginale.	A

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Standard	Medicul trebuie să considere placenta praevia ca o sarcina cu risc și ca o urgență obstetricală.	A
Recomandare	Este recomandat ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul pacientelor cu placentă praevia să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
Standard	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
Recomandare	În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în cazul suspiciunii clinice sau diagnosticului ecografic de placentă praevia cu sângerare, se recomandă ca medicul să indice transferul de urgență al pacientei în cea mai apropiată unitate obstetricală de nivel superior.	E
Standard	Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la prognosticul fetal și decizia alegerii căii de naștere.	C

9 BIBLIOGRAFIE

1. Royal College of Obstetricians and Gynecologists : Placenta praevia, Placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management, Green Top Guidelines no. 27a and 27b, London: RCOG Press 2018, September 2018.
2. McShane PM, Heyl PS, Epstein MF. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta praevia. *Obstet Gynecol* 1985;65:176–182.
3. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta praevia: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001;10:414–417
4. Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Mediaris AL. Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta praevia? *Ultrasound Obstet Gynecol* 1992;256–60.
5. South Australian Perinatal Practice Guidelines workgroup at:cywhs.perinatalprotocol@helath.sa.gov.au. Antepartum Haemorrhage or bleeding in the second half of pregnancy. South Australian Perinatal Guidelines , 2013
6. Lam CM, Wong SF, Chow KM, HO LC. Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage has a worst outcome than those who do not bleed before delivery. *J Obstet Gynecol* 2000;117:24
7. Goodnough LT, Daniels K, Wong AE, et al. How we treat :transfusion medicine support of obstetric services. *Transfusion* 2011;51:2540
8. 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
9. Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, et al. Placenta praevia :distance to internal os and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:266 e1

10 ANEXE

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

Anexa 2. Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor

Anexa 3. Formular ecografic pentru suspiciunea de placenta cu aderență anormală

Anexa 4. Algoritm de alegere a căii de naștere în cazul placentei praevia

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

Prof. Dr. Radu Vlădăreanu, București	Prof. Dr. Răzvan Socolov, Iași
Prof. Dr. Daniel Mureșan, Cluj-Napoca	Prof. Dr. Florin Stamatian, Cluj-Napoca
Prof. Dr. Nicolae Suciu, București	Prof. Dr. Anca Stănescu, București
Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, București	Prof. Dr. Vlad Tica, Constanța
Prof. Dr. Elvira Bratilă, București	Conf. Dr. Costin Berceanu, Craiova
Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Iași	Conf. Dr. Elena Bernad, Timișoara
Prof. Dr. Crîngu Ionescu, București	Conf. Dr. Iuliana Ceaușu, București
Prof. Dr. Claudiu Mărginean, Târgu Mureș	Conf. Dr. Radu Chicea, Sibiu
Prof. Dr. Claudia Mehedințu, București	Conf. Dr. Alexandru Filipescu, București
Prof. Dr. Dan Mișu, Cluj-Napoca	Conf. Dr. Gheorghe Furău, Arad
Prof. Dr. Marius Moga, Brașov	Conf. Dr. Dominic Iliescu, Craiova
Prof. Dr. Mircea Onofriescu, Iași	Conf. Dr. Laurentiu Pirtea, Timișoara
Prof. Dr. Gheorghe Peltecu, București	Conf. Dr. Ștefania Tudorache, Craiova
Prof. Dr. Lucian Pușcașiu, Târgu-Mureș	ȘL Dr. Șerban Nastasia, București
Prof. Dr. Liana Pleș, București	Dr. Marius Calomfirescu, București
Prof. Dr. Manuela Russu, București	Asist. Univ. Dr. Mihaela Boț, București
Prof. Dr. Demetra Socolov, Iași	Dr. Alina Marin, București

Anexa 2. Grade de recomandare și niveluri 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.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice gradelor de recomandare

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

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

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

Anexa 3. Formular ecografic pentru suspiciunea de placentă cu aderență anormală

Date Demografice și Factori de Risc

Data: __/__/____ Vârsta gestațională: __ săptămâni __ zile

Paritate: __ Modalitatea de concepție : Spontan FIV

Numărul de operații cezariene antercedente: __ Numărul de operații cezariene clasice: __

Numărul de curetaje antercedente (inclusiv pentru întrerupere de sarcină): __

A fost suspectată/diagnosticată în primul trimestru sarcina cu localizare la nivelul cicatricii post-operație cezariană? Da Nu Nu se știe

Intervenții chirurgicale la nivel uterin în antercedente (ex. miomectomie, ablație endometrială)

Da Nu Nu se știe

Istoric de placentă cu aderență anormală Da Nu Nu se știe

Placentă praevia la ecografie Da Nu Nu se știe

Dacă răspunsul este da:

Placenta praevia cu inserție anterioară < 2cm de orificiul intern acoperă orificiul intern

Placenta praevia cu inserție posterioară < 2cm de orificiul intern acoperă orificiul intern

Semne Ecografice

Lungime col (fără zona de tunelizare sau țesut placentar)	mm		
	DA	NU	INCERT
Ecografie bidimensională – parametri și definiții			
Pierderea “zonei clare”			
Subțierea miometrului			
Lacune placentare anormale			
Întreruperea peretelui vezical			
Bombarea placentei			
Masă focală exofitică			
Ecografie Doppler color – parametri și definiții	DA	NU	INCERT
Hipervascularizație uterovezicală			
Hipervascularizație subplacentară			
Vase penetrante (“bridging vessels”)			
Lacune placentare cu flux crescut			
Afectare parametrială	DA	NU	INCERT
Suspiciunea invaziei în parametre			

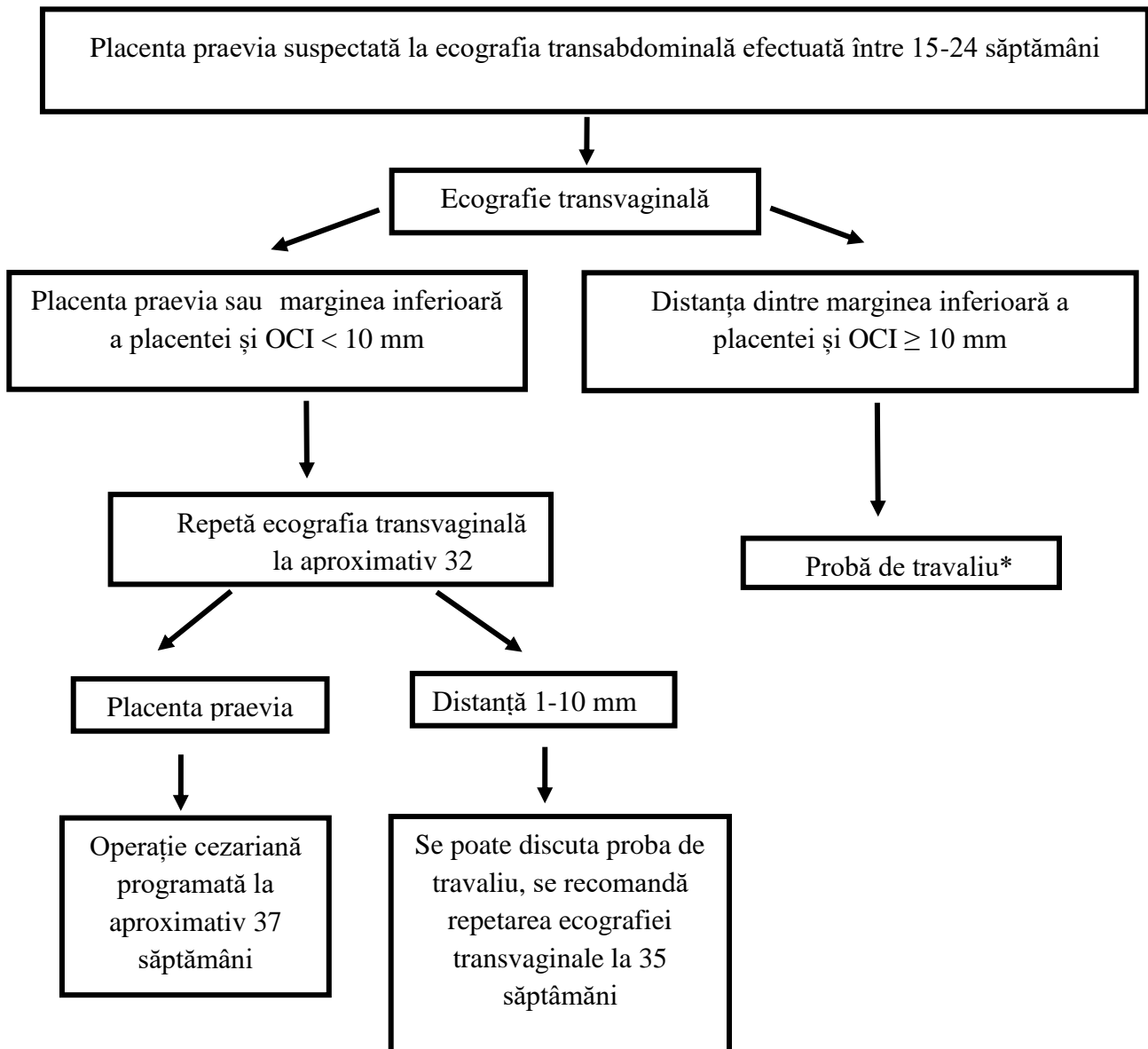
Semnificația Clinică a Aspectelor Ecografice Identificate

Probabilitate de placentă cu aderență anormală semnificativă clinic

Înaltă Intermediară Joasă

Extensia aderenței anormale a placentei Focală Difuză

Anexa 4. Algoritmul alegerii căii de naștere în cazul placentei praevia



*După discuție prealabilă cu cuplul și în lipsa contraindicațiilor

Grobman, W. (2012). Placental disorders. In Berghella, V. (Ed.), *Obstetric Evidence Based Guidelines. Second Edition* (pp. 229 – figure 25.1). London, UK: Informa Healthcare