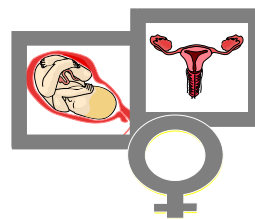


# OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIA

REVISTA SOCIETĂȚII ROMÂNE  
DE OBSTETRICĂ  
ȘI GINECOLOGIE



Revista CNCSIS B+

*Președintele Societății Prof. Dr. F. Stamatian*

## Președintele Colegiului de Redacție

Prof. Dr. F. Stamatian

### Secretar Științific

Conf. Dr. D. Ona

Conf. Dr. N. Suci

### Secretari de redacție

Prof. Dr. R. Vlădăreanu

Prof. Dr. D. Nanu

Prof. Dr. Șt. Buțureanu

Conf. Dr. D. Mureșan

### Comitet Științific Internațional

Prof. Dr. Gian Carlo Di Renzo (Italia)

Prof. Dr. Bulent Tiras (Turcia)

Prof. Dr. S. Zervoudis (Grecia)

Prof. Dr. Valentin Friptu (Rep. Moldova)

## Responsabili științifici

### Medicină fetală

Prof. Dr. D. Pelinescu

Prof. Dr. M. Onofriescu

### Reproducere asistată

Prof. Dr. B. Marinescu

### Planificare familială

Prof. Dr. D. Crăiuț

Conf. Dr. Neagu

### Patologie obstetricală

Prof. Dr. D. Anastasiu

Prof. Dr. F. Dumitrache

### Chirurgie endoscopică

Prof. Dr. A. Stretean

Prof. Dr. Ivona Lupașcu

Conf. Dr. P. Chitulea

### Ginecologie

Conf. Dr. N. Poiană

Conf. Dr. Anca Stănescu

### Oncologie ginecologică

Prof. Dr. Gh. Peltecu

Prof. Dr. B. Szabo

### Endocrinologie ginecologică

Conf. Dr. Manuela Russu

Conf. Dr. F. Anca

### Imagistică

Prof. Dr. V. Tică

### Neonatologie

Prof. Dr. Silvia Stoicescu

Prof. Dr. Gabriela Zaharie



**CUPRINS****Referate generale**

**Lactoferin oral administration: a novel safe and effective therapy against iron deficiency and iron deficiency anemia in pregnancy and lactation** 75  
*P.Valenti*

**Terapia progesterică în conduita obstetricală** 81  
*Gabriela Caracostea, I.Goidescu, F. Stamatian*

**Transmiterea verticală a HPV** 87  
*D. Mureșan, Rodica Mureșan*

**Articole originale**

**Rolul indicelui de performanță miocardică modificat în explorarea funcției cardiace fetale** 95  
*C.I.Mihăilescu, B. Marinescu*

**Efectul terapiei antiagregante plachetare asupra prognosticului materno-fetal la paciențele cu preeclampsie** 101  
*Gabriela Caracostea, Lucia Maria Procopciuc, F.Stamatian*

**Studiul Doppler al arterei hepatice fetale în trimestrele II și III de sarcină** 107  
*Mihaela Boț \*, Mona Zvâncă\*, R. Vlădăreanu\**

**Prezentare de caz**

**Surgical cure of enterocoele and rectocoele – a new perspective** 113  
*T. Enache, B. Marinescu, Andreea Enache, Cristina Neagu*

---

## OBSTETRICA ȘI GINECOLOGIA

---

*Serie nouă, vol.LXI*

*Număr 2*

*aprilie - iunie 2013*

<b>Managementul arsurii in timpul sarcinii – prezentare de caz si analiza literaturii</b>	<b>117</b>
<i>A. Zbucnea, C. Vladescu, Nicoleta Vladescu*</i>	
<b>Metodă de rezolvare chirurgicală a unui elitrocel gigant după operația Cristea Grigoriu</b>	<b>123</b>
<i>T. Enache, A. Stoica, Andreea Enache, B. Marinescu, Cristina Neagu</i>	
<b>SIMPOZIOANE ȘI CONGRESE</b>	<b>127</b>

## INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORI

Autorul va trimite 2 exemplare din manuscrisul său și o dischetă cu textul la următoarea adresă:

**REDACTIA REVISTEI DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE,  
400500 Cluj-Napoca, str. Observatorului, bloc OS3 telefon/fax: 0264/594244, 450115**

Manuscrisul trebuie prezentat pe hârtie de format A4, cu spațiu dublu între aliniate, cu o margine laterală de 2 cm. Fiecare pagină trebuie numerotată.

Referatele generale nu vor avea mai mult de 8 pagini, articolele originale 4 pagini, iar prezentările de caz 3 pagini.

Prima pagină a manuscrisului trebuie să cuprindă titlul, numele autorilor, numărul de telefon și faxul prim autorului sau al persoanei responsabile cu manuscrisul.

Pagina a doua va cuprinde, din nou, titlul manuscrisului, autorii în ordinea contribuției lor la redactarea lucrării. Nu se vor admite mai mult de 5-6 autori la un articol.

Autorii sunt responsabili de ceea ce au publicat sub semnătura lor.

Pentru autori, numele de familie va fi precedat de inițiala prenumelui (ex. I.Ionescu) iar pentru autoare, prenumele scris în întregime (ex. Maria Ionescu).

Titlurile autorului, funcțiile sale și denumirea instituției unde își desfășoară activitatea vor fi trecute printr-un asterix, la sfârșitul paginii. Această pagină a doua va cuprinde și un rezumat concis, care să nu depășească 250 semne, rezumat ce va fi tradus și în limba engleză, și care descrie obiectivul studiului, metoda utilizată și principalele rezultate; concluziile și particularitățile metodei trebuie să fie subliniate.

După rezumat vor fi precizate "cuvintele cheie" ale articolului.

Textul nu trebuie să înceapă decât pe pagina a treia, după ce va fi trecut, din nou, titlul complet, fără indicarea autorilor.

Titlul capitolelor trebuie să apară clar în text (introducere, material și metodă, rezultate, discuții, concluzii).

În textul lucrării, orice referire bibliografică comportă prezența referirii în bibliografia prezentată. Orice referire în afara bibliografiei prezentate nu este valabilă, la fel nici prezentarea unei bibliografii fără legătură cu textul.

**Toate materialele adresate redacției vor fi trimise și pe suport electronic (discheta, CD, e-mail).**

### Bibliografia

Materialul bibliografic se va dactilografia la două rânduri pe o pagină separată în ordine alfabetică după următorul exemplu: Adam B., Cornea A.

Pentru reviste se vor preciza: numele autorilor, titlul articolului în limba originală, revista cu prescurtările internaționale admise, anul, volumul (tomul), numărul, pagina de început și de sfârșit a articolului.

Pentru cărți: se vor preciza autorii, titlul original, editura, orașul, anul, numărul paginii.

Exemplu pentru revistă:

Laros R.K., Pregnancy and valve prothesis, Obstet-Gynecol, 1991, 35, 247

Exemplu pentru cărți:

Miller G.E., Teaching and learning In Medical School, University Press, Cambridge, Harvard, 1991, pp. 89-93.

**Iconografia**

Materialul iconografic (tabele și figuri) va fi prezentat separat, pe un borderou. Astfel, pe o pagină vor fi prezentate separat numărul tabelelor și figurilor și legendele lor.

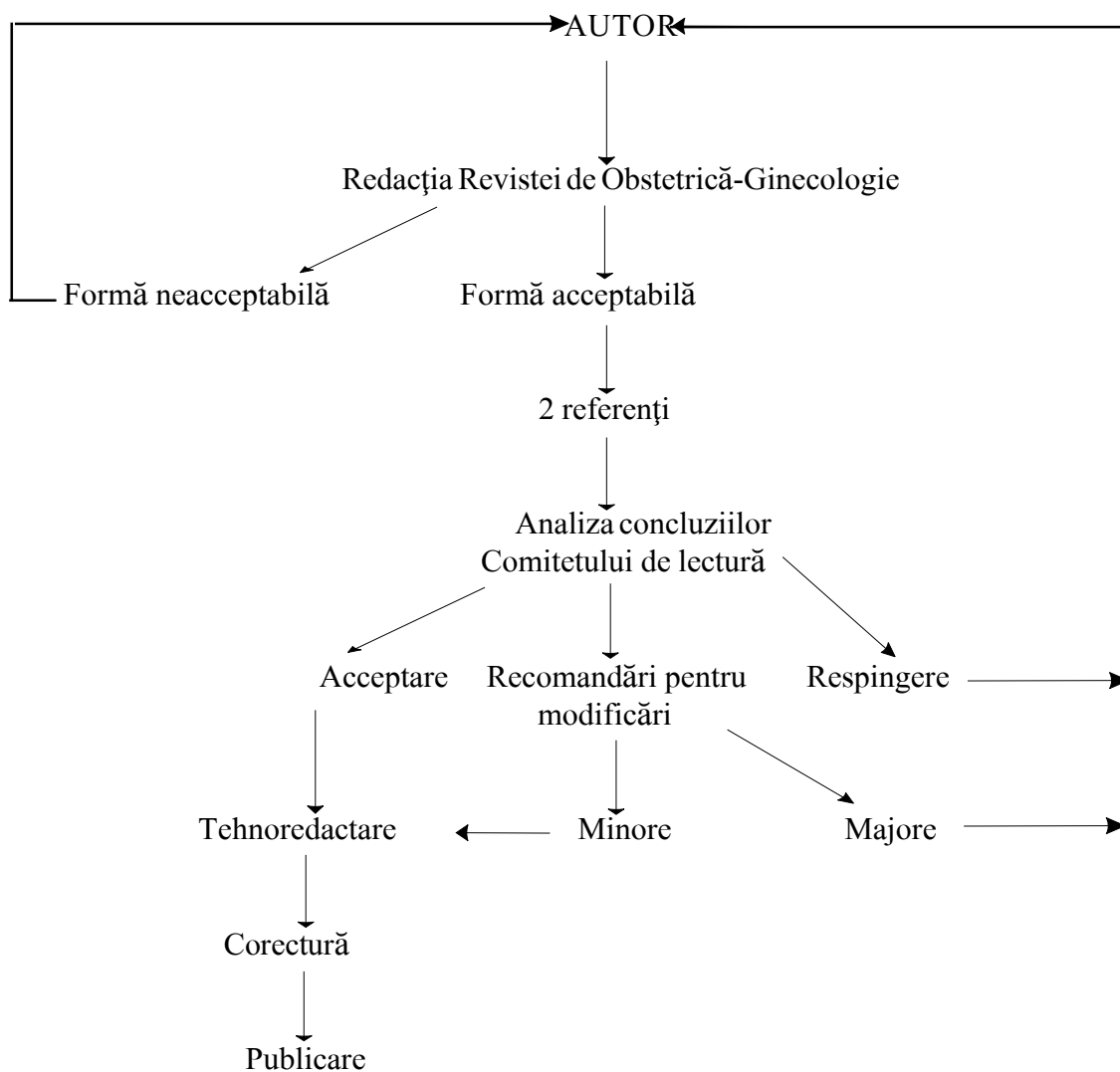
Tabelele vor fi numerotate cu cifre latine, iar graficele, schemele, fotografiile cu cifre arabe.

Legenda materialului iconografic trebuie să apară separat și nu pe spatele fotografiilor, schemelor, etc.

În text trebuie să apară clar locul unde vor trebui inserate figurile și tabelele.

Materialul iconografic va fi trimis într-un plic separat; pe spatele fiecărui tabel sau figură se va scrie primul autor și titlul articolului, cât și o săgeată de orientare.

Comitetul de redacție își rezervă dreptul de a nu accepta articolele necorespunzătoare sau a le înapoia autorilor pentru revizuirea lor.



## ABONAMENT 2013 - INFORMAȚII

**OBSTETRICA ȘI GINECOLOGIA** este revista oficială a Societății Române de Obstetrică și Ginecologie, și are o apariție trimestrială.

Abonamente anuale

Membrii Societății de Obstetrică-Ginecologie .....	120 RON
Organizații, biblioteci .....	150 RON
Studenți, rezidenți ( cu adeverință justificativă ).....	50 RON
Abonamente pentru străinătate .....	50 EURO

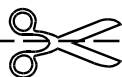
Abonamentele încep cu primul număr al anului.

Abonamentele devin valabile la 4 săptămâni după primirea de către redacție a talonului și a confirmării achitării taxelor.

Număr separat al anului până la epuizarea stocului se poate obține prin cerere directă la redacție. Prețul actual 25RON / număr.

MEMBRII SOCIETĂȚII DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE DIN ROMÂNIA  
Cotizația de membru al Societății de Obstetrică- Ginecologie..... 80RON  
Cont: RO 60 RNCB 0072 0496 7458 0001, BCR Bucuresti, sector I  
SOGR, Bucuresti, Str. Polizu 38-58, CUI 10141368

**Revista este CNCSIS B+**



---

### TALON DE ABONAMENT PENTRU REVISTĂ

Plata abonament revistă

Nume .....

Adresa .....

.....

Cod poștal..... Telefon.....

Data.....Semnătura.....

Modul în care s-a efectuat plata:  
Vărsământ bancar la:

Mandat poștal - pentru PROVITA - CUI 5360434  
**RO 13 CECE CJ 0643 RON 055 5580**  
**CEC Bank Cluj Napoca**

Talonul se va completa, se va decupa și se va înapoia redacției prin fax, împreună cu dovada efectuării plăților.

**REDAȚIA REVISTEI DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE** 400500 Cluj-Napoca, str. Observatorului bloc OS3  
**Tel/Fax 0264-594244**





## MANAGEMENTUL ARSURII IN TIMPUL SARCINII – PREZENTARE DE CAZ SI ANALIZA LITERATURII

A. Zbucnea\*, C. Vladescu\*, Nicoleta Vladescu\*\*

\* Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti

\*\* Clinica MedLife, București

### Rezumat

*Deși agresiunea termică în timpul sarcinii este puțin frecventă, această situație delicată necesită un management adecvat și o abordare pluridisciplinară, pentru a asigura o îngrijire medicală optimă, atât mamei cât și fatului. Prezenta lucrare prezintă cazul unei paciente în vârstă de 29 ani, însărcinată în 35 săptămâni, care a suferit o arsură prin lichid fierbinte gradul IIA-IIB pe 20% din suprafața corpului și la care cursul sarcinii s-a încheiat prin operația cezariană, cu evoluție ulterioară favorabilă, atât pentru mama, cât și pentru fat. De asemenea, se realizează o trecere în revista a literaturii de specialitate, care subliniază importanța vârstei fatului și a gravității arsurii, pentru orientarea deciziei terapeutice. Supraviețuirea fatului înainte de 28 de săptămâni de sarcină este dependentă de cea a mamei, dar după 32 de săptămâni, supraviețuirea fatului devine din ce în ce mai sigură și extragerea acestuia este recomandată de principiu, în arsurile mai grave.*

### Abstract: Management of burn injury in pregnancy – case report and literature review

*Although thermal aggression during pregnancy is uncommon, this delicate situation requires proper management and a multidisciplinary approach to provide optimal care, both mother and fetus. This paper presents the case of a patient aged 29 years, 35 weeks pregnant, who suffered a scald injury level IIA-IIB 20% of the body. Her pregnancy ended by caesarean section, with subsequent favorable evolution, for both the mother and the fetus. This article also performs a review of the literature, which emphasizes the importance of fetal age and severity of the burn, to guide therapeutic decision. The survival of the fetus before 28 weeks of pregnancy is dependent on the mother, but after 32 weeks, fetal survival becomes increasingly safe and fetal extraction principle is recommended in more severe burns.*

**Keywords:** burns, pregnancy, fetus viability, fetus extraction

### INTRODUCERE

Agresiunea termică este una din cele mai grave, solicitante și mutilante injurii pe care le poate suferi ființa umană, cu multiple implicații la toate nivelele sale (somatic, psihic, emoțional) și totodată cu importante repercusiuni socio-economice. În condițiile statusului fiziologic special pe care îl conferă sarcina, cu multiple modificări endocrine și

metabolice, producerea unei arsuri reprezintă un factor neprevăzut de risc și de solicitare, atât pentru mama, cât și pentru fat.

Agresiunea termică, în general survenită acasă, prin flacăra sau prin lichid fierbinte, influențează nefavorabil cursul firesc al sarcinii, prin: - socul inițial cu centralizarea circulației sangvine

- reactia generala postcombustionala a organismului
- complicatiile posibile (cele infectioase fiind pe primul loc)
- durerea asociata arsurii
- eventuale interventii chirurgicale
- solicitarea rezervelor vitale si functionale ale mamei
- contraindicatiile unor medicamente in timpul sarcinii etc.

Pe de alta parte, sarcina constituie un factor agravant si un criteriu de gravitate pentru arsuri (1), alaturi de intinderea cutanata, profunzimea, localizarea acestora, asocierea de leziuni inhalatorii sau afectiuni medicale preexistente etc. Asocierea dintre sarcina si arsura, desi putin frecventa, necesita o atentie speciala, internarea într-un serviciu specializat si o abordare optima multidisciplinara (chirurgie plastica, obstetrica-ginecologie, ATI, neonatologie etc.).

### **PREZENTARE DE CAZ**

Pacienta U.M., in varsta de 29 de ani, din mediu urban, insarcinata in 35 de saptamani, victima a unui accident casnic, a fost internata de urgenta pe 26/03/2013 la Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti, in Sectia de Chirurgie Plastica, pentru tratamentul de specialitate al unei arsuri prin lichid fierbinte gradul IIA-IIB pe aproximativ 20% suprafata corporala, la nivelul capului, gatului, toracelui anterior, membrului superior drept si membrilor inferioare partial. A fost dusa de urgenta la sala de operatie, unde s-au practicat debridarea leziunilor de arsura si pansamente sterile, sub anestezie generala. Examenle obstetricale si ecografice efectuate la internare au evidentiat sarcina IIIIG, IIP, fat unic, prezentatie pelviana, BCF 136/min. ritmice, placenta anterioara, col inchis, CUD absente (Fotografia 1). S-a instituit tratament complex de reechilibrare hidro-electrolitica, antibiotic (Augmentin), spasmolitic, antialgic, anticoagulant, dexametazona (la recomandarea medicului specialist curant de obstetrica-ginecologie). In urma consultului obstetric, in 28.03.2013 pacienta a fost transferata la Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti, unde s-a stabilit diagnosticul de sarcina 35 saptamani, IIIIG, IIP, fat viu, prezentatie pelviana, membrane fisurate

si s-a practicat operatia cezariana segmento-transversala, cu extractia unui fat viu de sex masculin in greutate de 2490 grame, scor Apgar 8. Pacienta a revenit in 29.03.2013 pe Sectia de Chirurgie Plastica si a avut o evolutie locala favorabila sub tratament de specialitate, externandu-se la cerere in 10.04.2013, cu leziunile de arsura partial epitelizate. Nou-nascutul a avut o suferinta pulmonara initiala, fiind sustinut ventilator si transferat la Sectia de Neonatologie, Spitalul Clinic Polizu, Bucuresti, cu evolutie ulterioara favorabila.

Pentru a studia asocierea concomitenta dintre sarcina si agresiunea termica, am efectuat o cercetare sistematica si am analizat datele din literatura (carti de specialitate, colectia revistei Burns, baza de date Medline, motoare de cautare etc.).

### **REZULTATE SI DISCUTII**

Evolutia cazului prezentat a fost favorabila, atat pentru mama cat si pentru fat, in urma deciziei terapeutice de terminare a cursului sarcinii prin operatia cezariana, la 48 de ore de la internare, eliminand astfel riscul asocierii dintre sarcina si agresiunea termica. Operatia cezariana a fost practicata intr-o zona tegumentara nearsa si inainte de aparitia infectiei evidente clinic la nivelul plagilor arse. Prin extractia fatului, acesta a iesit de sub incidenta efectelor nefavorabile ale agresiunii termice (prin suferinta fetala incipienta, manifestarile circulatorii maternale, reactia generala a organismului ars si produsii toxici descarcati in circulatie), precum si ale complicatiilor acesteia, pe primul loc ca influenta fiind cele infectioase. De asemenea, interventia practicata a permis ulterior o mai buna adecvare a masurilor terapeutice generale si locale adresate arsurii, inclusiv prin posibilitatea recurgerii la medicamente contraindicate in timpul sarcinii si alaptarii, in special agenti antimicrobieni sistemici si locali (sulfadiazina argintica – Dermazin), pentru care se recomanda ablactarea, motiv pt care s-a administrat bromocriptina. Totodata, dupa aceea organismul matern si-a putut canaliza toate resursele biologice si functionale in directia gestionarii arsurii si a vindecarii plagilor arse, cu evolutie ulterioara favorabila spre epitelizare spontana a leziunilor de

arsura. Singurul inconvenient intalnit a fost insuficienta maturizare pulmonara fetala, care a necesitat sustinere ventilatorie initiala, evolutia ulterioara fiind insa favorabila si in aceasta situatie.

Analiza literaturii de specialitate a evidentiat importanta particulara a asocierii dintre sarcina si agresiunea termica, din punct de vedere al prognosticului matern si fetal. Acesta depinde de o multitudine de factori (2):

- severitatea arsurii (in functie de suprafata si profunzime), prezenta leziunilor asociate, in principal cele respiratorii
- varsta gestationala a fatului
- prezenta sau absenta complicatiilor etc.

Dintre toti acesti factori, intr-un studiu reprezentativ efectuat pe un lot de 50 de femei insarcinate care au suferit arsuri (3), singurul factor care a fost gasit semnificativ statistic pentru prognosticul matern si fetal a fost suprafata totala a arsurii ( $p < 0,0001$ ). Mortalitatea materna si perinatala creste semnificativ la arsuri peste 50% s.c., cea fetala survenind indeosebi in primele zile dupa arsura (3-5).

Asocierea dintre sarcina si arsura confera un caracter de gravitate arsurii (1), datorita modificarilor fiziologice majore care apar in timpul sarcinii si care influenteaza evolutia arsurii, printre care (6):

- alterarea reactivitatii imunologice
- modificarea functiilor coagularii
- expansiunea volumului plasmatic
- statusul circulator hiperdinamic

Pe de alta parte, agresiunea termica are doua repercusiuni importante asupra sarcinii (3):

- activitate uterina spontana (7), cu risc de avort sau de nastere prematura
- risc de deces fetal intrauterin, datorita centralizarii circulatiei si compromiterii fluxului circulator catre zona nepreferentiala a uterului gravid si a unitatii fetoplacentare (3, 8), datorita acidozei si dezechilibrelor hidroelectrolitice, precum si incarcaturii infectioase survenita ulterior in evolutie.

Managementul tratamentului acestei asocieri (dintre sarcina si arsura) este complex si dificil (9, 10), deoarece el se adreseaza atat mamei, cat si fatului, fiecare avand necesitati medicale diferite (11). Pentru organismul matern, scopul tratamentului este vindecarea arsurii, cu rezultate optime atat

morfologice, cat si functionale. Pentru aceasta, masurile terapeutice includ (9):

- reanimarea hidroelectrolitica prompta, adecvata si eficienta
- controlul infectiei, prin antibioticoterapie sistemica si agenti antimicrobieni topici
- asigurarea unui aport nutritiv corespunzator
- interventiile chirurgicale, dintre care exciziile precoce urmate de grefare pot imbunatati prognosticul matern (3, 10).

Spre deosebire de nevoile mamei, pentru beneficiul fatului, este necesar sa fie evitate atat anestezia, cat si administrarea unei game largi de medicamente, indeosebi in primul trimestru de sarcina, datorita efectelor adverse fetale. De asemenea, masurile de reanimare hidroelectrolitica, durerile provocate de arsura, centralizarea circulatiei intalnita in socul initial, cu hipovolemie si hipoxie, acidoza si dezechilibrele electrolitice, reactia generala postcombustionala a organismului matern impun o atenta monitorizare materna circulatorie, precum si a starii fatului, pentru o incadrare in parametri optimi. Posibila septicemie provocata de arsura poate conduce la moartea fatului, iar produsii eliberati din tesuturile arse (Prostaglandina  $E_2$ , Tromboplastina etc.) pot determina opirea sarcinii, avort sau nastere prematura (5, 6).

Datorita posibilei descresteri a perfuziei placentare care determina hipoxie fetala, se recomanda pozitia ridicata a corpului mamei, hidratare parenterala adecvata si administrarea suplimentara de oxigen, chiar si in absenta leziunilor postcombustionale inhalatorii (8).

In ceea ce priveste medicatia, se recomanda administrarea spasmoliticelelor (12), pentru supresia avortului sau a nasterii spontane (3) si pentru protectia operatiilor, indeosebi la pacientele fara arsuri extensive, in trimestrele 2 si 3 de sarcina, precum si a dexametazonei sau a betametazonei, pentru a permite astfel maturizarea pulmonara fetala, fara afectarea prognosticului matern. Statusul hipercoagulant, cu risc de tromboza, conferit atat de sarcina, cat si de arsura, poate fi corectat prin administrarea profilactica de rutina a heparinei intravenos, in doza initiala de 2U/kg pe ora, monitorizata si corectata ulterior prin timpul partial

de tromboplastina (8) sau prin administrarea proflectica a preparatelor de heparina cu greutate moleculara mica (LMWH).

Prognosticul fetal depinde atat de varsta gestationala, cat si de severitatea arsurii. Daca sarcina este pana in 28 de saptamani, supravietuirea fatului este dependenta in foarte mare masura de cea a mamei (8, 11). In aceasta situatie, poate fi luata in considerare practicarea tocolizei, daca conditiile maternelle permit monitorizare riguroasa a fatului (prin test non stres zilnic, monitorizare doppler fetala saptamanal, ecografie biometrica la 2 saptamani). Este preferabila utilizarea sulfatului de magneziu parenteral fata de agentii  $\alpha$ -mimetici, deoarece are mai putine efecte vasodilatatorii si metabolice (8). In cadrul tratamentului conservator, se recomanda monitorizarea fetala continua electronica in timpul primei saptamani dupa arsura, cand este cel mai mare risc de afectare fetala, iar apoi examinari ecografice frecvente (8, 13).

In arsurile extensive, dupa 32 de saptamani de gestatie, se recomanda de principiu extractia cat mai urgenta a fatului, pentru imbunatatirea prognosticului matern, cel fetal nefiind imbunatatit prin temporizare (2, 5, 7, 8, 10-13). Preoperator se recomanda administrarea dexametazonei pentru accelerarea maturarii pulmonare fetale (14-18). Nasterea pe cale vaginala, spontana sau indusa, este posibila chiar si in prezenta arsurilor perineale (6, 12), dar este preferabila practicarea operatiei cezariene. Indiferent de situatie, supravietuirea fatului depinde in principal de varsta gestationala (9), subliniind astfel importanta evaluarii corecte a acesteia.

Pentru depistarea sarcinii in cazul pacientelor de varsta reproductiva care au suferit arsuri, se recomanda practicarea de rutina a testelor urinare de sarcina la internare, daca sarcina nu este evidenta (8, 12, 13, 19). Un studiu prospectiv a identificat astfel un procent de 7,1% de sarcini care nu au fost constatate la internare (majoritatea nedecarate initial, dar si cu neregularitati menstruale), evidentiate prin teste urinare de sarcina si confirmate apoi prin examen ecografic (19).

Diferitele studii publicate au raportat o incidenta a femeilor arse de varsta reproductiva

cuprinsa intre 0,6 si 15% (5, 13, 19), cu o medie de 7% (3), fiind mai mare in tarile in curs de dezvoltare si la categoriile socioeconomice defavorizate.

Cea mai buna atitudine in aceasta situatie ramane prevenirea aparitiei arsurilor in timpul sarcinii (3, 6, 9), prin:

- masuri preventive primare: educatie sanitara, evitarea folosirii substantelor inflamabile si a hainelor foarte largi in timpul sarcinii etc.
- masuri secundare: reducerea severitatii arsurii si evitarea aprofundarii leziunilor, prin interventii prompte de prim ajutor (indepartarea hainelor arse aderente, racirea imediata a regiunilor arse cu apa rece)

## RECOMANDARI SI CONCLUZII

1. Aparitia unei arsuri in timpul sarcinii necesita o atentie speciala, o monitorizare atenta si un management terapeutic adecvat si eficient, pentru o evolutie favorabila atat materna, cat si fetala.

2. Abordarea terapeutică este complexa, delicata, individualizata, multidisciplinara (chirurgie plastica, obstetrica-ginecologie, ATI, neonatologie etc.), avand in vedere atat nevoile mamei, cat si pe cele ale fatului.

3. Prognosticul matern depinde in principal de suprafata arsurii, iar cel fetal si de varsta gestationala

4. Deciziile terapeutice sunt luate in functie de acesti doi parametri (suprafata arsurii si varsta gestationala)..

5. Extractia de principiu cat mai urgenta a fatului, in cazul arsurilor extensive, dupa 32 de saptamani de gestatie.

6. Practicarea de rutina a testelor de sarcina la internare, in situatia pacientelor de varsta fertila.

7. Necesitatea preventiei agresiunilor termice in cursul sarcinii



**Fotografia 1** – Pacienta insarcinata in 35 de saptamani, cu arsuri prin lichid fierbinte gradul IIA-IIB pe aproximativ 20% suprafata corporala (cap, gat, torace anterior, membru superior drept si membrele inferioare partial).

## BIBLIOGRAFIE

1. Isac F, Isac A, Tache M, Draghici I, Bratu T. Arsurile. Dinamias Print, Timisoara, 1994, p 21
2. Unsur V, Oztopcu C, Atalay C, Alpay E, Turhanoglu B. A retrospective study of 11 pregnant women with thermal injuries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996. 64(1):55-58
3. Akhtar MA, Mulawkar PM, Kulkarni HR. Burns in pregnancy: effect on maternal and fetal outcomes. Burns 1994; 20(4):351-5
4. Polko LE, McMahon MJ. Burns in pregnancy. Obstet Gynecol Surv. 1998;53(1):50-6
5. Srivastava S, Bang R. Burns during pregnancy. Burns. 1988; 14(3):228-32
6. Mabrouk A, El-Feky AE. Burns during pregnancy: a gloomy outcome. Burns. 1997; 23(7/8):596-600
7. Ullmam Y, Blumenfeld Z, Hakim M, Mahoul I, Sujov P, Peled IJ. Urgent delivery, the treatment of choice in term pregnant women with extended burn injury. Burns. 1997; 23(2):157-159
8. Guo S, Greenspoon J, Kahn A. Management of burn injuries during pregnancy. Burns.2001;27(4):394-397
9. Jain ML, Garg AK. Burns with pregnancy – a review of 25 cases. Burns. 1993;19(2):166-167
10. Benmeir P, Sagi A, Greber B, Bibi C, Hauben D, Rosenberg L, Ben-Yaqar Y, Mahler D. Burns during pregnancy: our experience. Burns.1988; 14(3). 233-236
11. Deitch EA, Rightmire DA, Clothier J, Blass N. Management of burns in pregnant women. Surg Gynecol Obstet. 1985;161(1):1-4
12. Matthews RN. Obstetric implications of burns in pregnancy. Br. J. Obst. Gynec. 1982. 89,603.
13. Gang RK, Bajec J, Tahboub M. Management of thermal injury in pregnancy – an analysis of 16 patients. Burns.1992;18(4): 317-320
14. Wapner RJ, Sorokin Y, Thom EA, Johnson F, Dudley DJ, Spong CY, et al. Single versus weekly courses of antenatal corticosteroids: evaluation of safety and efficacy. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 2006;195:633–42.
15. French NP, Hagan R, Evans SF, Godfrey M, Newnham JP. Repeated antenatal corticosteroids: size at birth and subsequent development. Am J Obstet Gynecol 1999;180:114–21.
16. Murphy KE, Hannah ME, William AR, Hewson SA, et al. Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth (MACS): a randomised controlled trial. Lancet 2008;372:2143–9
17. Liggins GC, Howie RN. A controlled trial of antepartum glucocorticoid treatment for prevention of the respiratory distress syndrome in premature infants. Pediatrics 1972;50:515–25.
18. Roberts D, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2; 10.1002/14651858.CD004454.pub2.
19. Masoodi Z, Ahmad I, Yousuf S. Routine use of urinary hCG test in adult burn females to detect “hidden” pregnancies: A review. Burns. 2012; <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2012.08.004>