

Managementul terapeutic în hemoragiile din lehuzia imediată

7. *Therapeutic management in immediate postpartum haemorrhages*

Dr. ANAMARIA HĂRĂBOR¹, Dr. VALERIU HĂRĂBOR²

¹Spitalul „Buna-Vestire”, Galați; Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Hemoragiile din lehuzia imediată reprezintă o urgență obstetricală majoră care poate pune în pericol viața femeii. Creșterea factorilor de coagulare și diminuarea activității fibrinolitice în cursul sarcinii sunt reacții fiziologice protectoare care permit folosirea crescută a acestor factori în momentul delivrenței. Acest echilibru este precar și poate duce, în condiții patologice, la apariția coagulării diseminate intravasculare.

Cuvinte cheie: sarcină, coagulare, fibrinoliză, hemoragie postpartum, hemostază precoce

ABSTRACT

The haemorrhage in immediate postpartum is a major obstetrical emergency that can endanger woman's life. The increase of the coagulation factors and decrease in fibrinolytic activity are protective physiologic reactions that allow the increase utilisation of these factors during delivery of placenta. This balance is precarious and may induce in pathology conditions to DIC (diseminate intravascular coagulation).

Key words: pregnancy, coagulation, fibrinolysis, postpartum haemorrhage, early hemostasis

Hemoragiile din lehuzia imediată constituie adevărate urgențe și trebuie preântâmpinate prin orice mijloc.

Lehuzia este timpul de aproximativ 40 zile după naștere până când organismul printr-un complex proces de reintegrare își recapătă starea de dinainte de sarcină, iar organele genitale își reiau funcțiile, permițând o nouă fecundație.

Hemostaza este asigurată de retracția uterină care interesează acum zona placentară. Venele care traversează peretele uterin sunt comprimate și golite de conținutul lor într-un timp suficient pentru ca trombozele fiziologice să se constituie.

Clinic, eliminarea placentei este urmată de apariția contracțiilor uterine puternice și prelungite, uterul mic, dur și globulos formează ceea ce se numește *glob de siguranță* a cărui

Adresă de corespondență:

Dr. Anamaria Hărăbor, Spitalul de Obstetrică - Ginecologie „Buna-Vestire”, Str. N. Alexandrescu, Nr. 99, Galați
e-mail: haraboranamaria@yahoo.com

prezență permite să afirme că uterul este complet gol, condiția unei hemostaze riguroase și durabile. Retractivitatea și contractilitatea mușchiiului uterin, care favorizează hemostaza, sunt indispensabile speciei umane.

O altă condiție pentru procesul hemostazei, în lehuzia imediată, este o coagulabilitate sanguină normală. Cele mai grave hemoragii din această perioadă și cele mai greu de stăpânit sunt hemoragiile prin incoagulabilitate sanguină.

În condiții normale se vorbește de menținerea unui echilibru sanguin coagulo-litic, denumit și hmeostazie coagulo-litică sau izocoagulare.

Coagularea fiziologică este completată de o fibrinoliză fiziologică, în care trombina și plasmina acționează armonios asupra aceluiași substrat – *fibrinogen-fibrină-trombină* – degradându-l în monomeri de fibrină.

Balanța coagulo-litică gravido-puerperală are o serie de particularități, care explică de ce în obstetrică suntem *favorizați* în perspectiva unei coagulopatii, ca un corolar al unei urgențe majore. În timpul desfășurării funcției gestative balanța coagulo-litică este modificată față de normal.

Comportarea celor două sisteme enzimatiche variază, încât putem vorbi de trei faze:

1. Cea din timpul sarcinii (săptămâna a 24-a și ajunul nașterii).
2. Cea din timpul nașterii.
3. Cea din timpul lehuziei imediate și priu-zise.

a) În *prima fază*, balanța coagulo-litică se caracterizează printr-o moderată hipercoagulabilitate, însoțită de o normoliză.

Hipercoagulabilitatea este determinată de creșterea trombocitelor, a trombinei și mai puțin a fibrinogenului. Normoliza este explicată de creșterea inhibitorilor plasminogenului (conform homeostaziei coagulo-litice ce ar trebui să fie hiperliza).

b) În *faza a doua*, balanța coagulo-litică se caracterizează printr-o hipocoagulabilitate, moderată asociată cu hiperliză.

Hipocoagulabilitatea este explicată de consumul factorilor coagulanți în vederea necesităților hemostatice după hemoragia de delivrare. Hiperliza este datorată unei plasminogeneze crescute, consecutivă eliberării de lizokinaze și stimulată de: panica din timpul nașterii, hipoxia intermitentă a miometrului în această perioadă și de efectul *tromboplastin-like* al lichidului amniotic.

c) În *faza a treia*, există de asemenea o hipocoagulabilitate asociată cu hiperliză, ambele fiind echilibrate. Acest climat coagulo-litic ges-

tativ, ar predispune la instalarea unei coagulopatii, fie de consum printr-o trombinogeneză progresivă care atinge maximum la naștere (consecutivă hiperplachetoziei și hiperfuncției factorilor V și VIII și favorizată de staza venoasă pelvină și a membrilor inferioare); fie coagulopatie prin liză, consecutivă unei plasminogeneze progresive, din focarul uterin.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul clinico-statistic a fost efectuat pe cele **224 de cazuri**, diagnosticate și tratate în Spitalul de Obstetrică - Ginecologie „Buna Vestire” din Galați în perioada 1 ianuarie 1999–31 decembrie 2009, ce au prezentat hemoragie în lehuzia imediată, urmărind următoarele:

- Paritate
- Antecedente obstetricale patologice
- Vârsta sarcinii
- Evoluția nașterii
- Conduita

Din observațiile clinice efectuate rezultă o frecvență de hemoragii în lehuzia imediată de 5,28% (din totalul numărului de 4238 cazuri de naștere internate în Spitalul de Obstetrică- Ginecologie „Buna Vestire” din Galați) ceea ce reprezintă un procentaj suficient de mare ca să impună o conduită corectă în perioada delivrării și o grijă deosebită pentru femeia aflată în lehuzia imediată.

Din totalul femeilor care au prezentat hemoragie în lehuzia imediată, frecvența în funcție de paritate este următoarea:

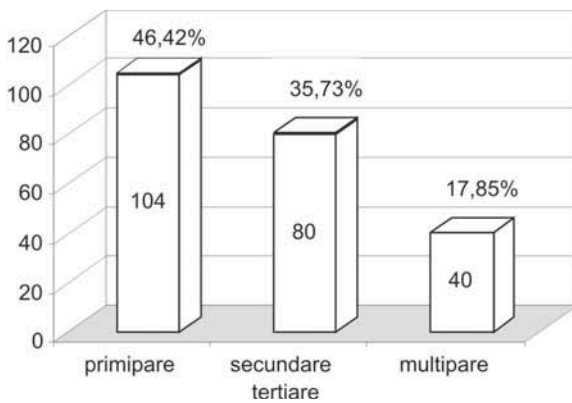
- Primipare – 104 cazuri – 46,42%;
- Secundipare + terțipare – 80 cazuri – 35,73%;
- Multipare – 40 cazuri – 17,85%.

TABELUL 1. Frecvența cazurilor în funcție de paritate

Paritate	Nr. cazuri	Procent %
Primipare	104	46,42%
Secundipare + Terțipare	80	35,73%
Multipare	40	17,85%
Total lehuze	224	100%

Urmărind antecedentele obstetricale patologice la cele 224 de cazuri cu hemoragie în lehuzia imediată am constatat că, în 84 de cazuri (37,9%) nu a existat nimic patologic în antecedente.

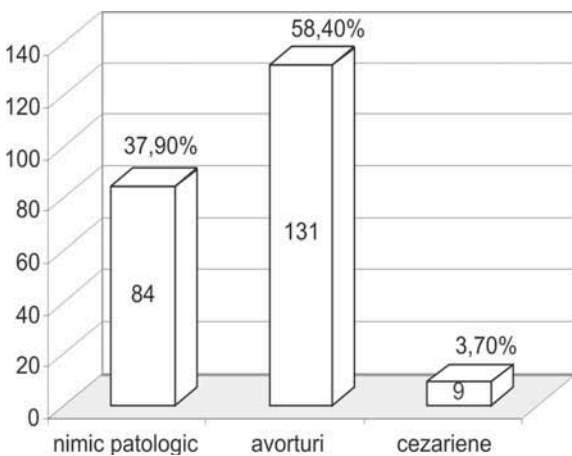
Restul cazurilor 140 (62,1%) au confirmat încă o dată rolul factorului inflamator, traumatic, tumoral, al malformațiilor congenitale și al tulburărilor de dinamică uterină în etiologia hemoragiilor din perioada a IV-a.



GRAFICUL 1. Frecvența cazurilor în funcție de paritate

TABELUL 2. Antecedentele obstetricale patologice

Antecedente	Nr. cazuri	Procent %
Nimic patologic	84	37,9%
Avorturi	131	58,4%
Cezariene	9	3,7%
Total lehuze	224	100%



GRAFICUL 2. Antecedentele obstetricale patologice

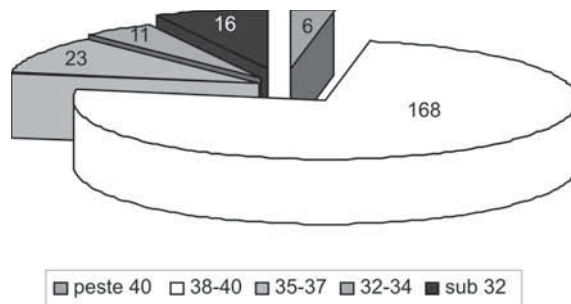
Referitor la vârsta sarcinii (săptămâni) hemoragiile cele mai frecvente în lehuzia imediată au fost legate de nașterile la termen.

Între 38 și 40 săptămâni 170 de nașteri (76,5%).

Între 35 și 37 săptămâni 23 de nașteri (10,3%).

Tabelul 3. Repartiția cazurilor după vârsta sarcinii

Vârsta sarcinii săptămâni	Nr. cazuri	Procent %
Peste 40	6	2,68%
38-40	168	75,00 %
35-37	23	10,26 %
32-34	11	4,92 %
Sub 32	16	7,14%
Total	224	100%



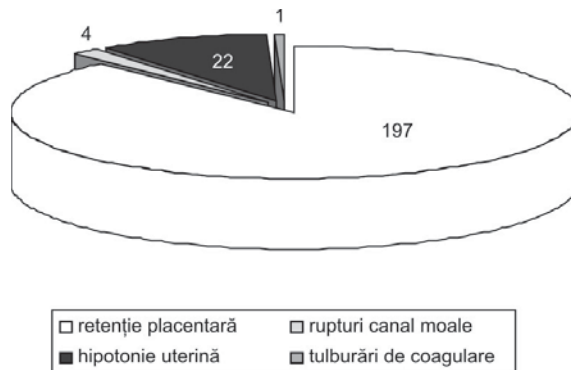
GRAFICUL 3. Repartiția cazurilor după vârsta sarcinii

Studiind cazurile în funcție de etiologie am ajuns la concluzia că cele mai numeroase hemoragii din lehuzia imediată sunt determinate de o retenție parțială sau totală a placentei și a membranelor 197 de cazuri (87,7%) urmate de rupturi de canal moale 4 cazuri (1,7%).

Pe locul III în studiul meu au fost retențiile de făt mort, care au fost urmate de hemoragie cu tulburări de coagulare sanguină 1 caz (0,4%).

TABELUL 4. Studiul cazurilor în funcție de etiologie

Etiologie	Nr. cazuri	Procent %
Retenție placentară (totală sau parțială)	31 166	13,3% 74,1%
Rupturi canal moale	4	1,7%
Hipotonie uterină	22	9,8%
Tulburări de coagulare	1	0,4%
Total lehuze	224	100%



GRAFICUL 4. Studiul cazurilor în funcție de etiologie

În cadrul retențiilor parțiale sau totale ale placentei și ale membranelor, dacă ne referim la vârstă frecvența cea mai mare o întâlnim tot la grupele de vârstă 21-30 de ani (35,6%) și la grupele de 31-40 de ani (29,9%).

Aceste grupe reprezintă de fapt perioada maximă de fertilitate a femeii.

Dacă ne referim la paritate, frecvența cea mai mare o întâlnim la primipare 46,5% și la secundipare + terțipare 35,7%, urmate de multipare 17,8%.

Aceasta s-ar putea explica prin antecedentele obstetricale patologice numeroase (sinechii

TABELUL 5. Cazurile cu hemoragii care au fost studiate

Etiologie	Cazuri	Conduită
Hemoragii prin retenție parțială + totală de placentă și membrană	197	control instrumental ocitocite meșarea uterului
Hemoragii prin hipotonie uterină	22	ocitocite, ergomet meșarea uterului histerectomie
Hemoragii prin ruptură de canal moale	4	sutura segmentului rupt, histerectomie
Hemoragii prin tulburări de coagulare	1	transfuzie, plasmă uscată, trasylol, perfuzii cu vitamine + calciu, heparină cu greutate moleculară mică
Total lehuze	224	

post-abortum, cicatrici post-cezariană), frecvente chiar la primipare și secundipare.

Referitor la *hipotonia uterină* se confirmă statisticile generale frecvența mare fiind la multipare.

De aceea se recomandă marilor multipare să nască în maternități pentru a se putea asigura o conduită corespunzătoare în perioada delivrării și a lehuziei imediate și pentru a se putea interveni în mod adecvat, în cazul apariției complicațiilor.

În ceea ce privește tulburările de coagulare, am avut un caz (0,4%) în grupa de vârstă 31-40 ani, cu retenție de făt mort.

Hemoragia este explicată de faptul că, fătul mort și reținut eliberează o mare cantitate de tromboplastină în circulația maternă ceea ce determină o consumare a fibrinogenului ce poate merge până la afibrinogenemie.

În urma acestor tulburări sanguine poate apărea o hemoragie masivă, care poate îmbrăca un aspect incoercibil, datorită acestor tulburări de coagulare din lehuzia imediată.

Referitor la *rupturile canalului moale*, frecvența cea mai mare o întâlnim la primiparele în vârstă ce au feți cu greutate peste 3000 g.

Vârsta are o importanță deosebită deoarece: un perineu înalt, la femeia tânără, cu țesut elastic rezistă mult mai bine decât un perineu scurt și puțin elastic al unei primipare în vârstă.

De asemeni, și cicatricile după rupturi anterioare de canal moale diminuează elasticitatea perineului. Rupturile de col cu propagări spre segment se observă la nașterile cu făt gigant.

Metodele terapeutice aplicate au fost diferențiate după etiologia hemoragiilor, cantitatea de sânge pierdută și starea generală a femeii lehuze.

Cele 197 lehuze cu *retenție parțială sau totală a placentei și membranelor*, au beneficiat de control instrumental al cavității uterine, perfuzie cu: ocitocite, ser glucozat, hidrolizate de proteine, hemisuccinat de hidrocortizon, oxigeno și vitamino terapie.

În unele cazuri s-a recurs la meșarea cavității uterine, pentru asigurarea hemostazei.

În cele 22 de cazuri cu *hipotonie uterină* – lehuzele au fost tratate prin compresa intermitentă a arterei aortei abdominale, perfuzii cu ergometrină și ocitocite, meșarea cavității uterine, iar ca ultimă metodă de hemostază-histerectomia, chiar cu ligatură de arteră hipogastrică.

Rupturile de canal moale (4 cazuri) s-au rezolvat prin sutura soluțiilor de continuitate; o lehuza a necesitat histerectomie ca ultimă metodă de hemostază, deoarece soluția de continuitate s-a propagat la segment.

În cazurile de hemoragii prin tulburări de coagulare (1 caz), lehuza a beneficiat de: transfuzie, plasmă proaspătă congelată, trasylol, perfuzie cu vitamine și calciu, heparină cu greutate moleculară mică.

CONCLUZII

1. Hemoragia constituie sindromul cel mai de temut din obstetrică și ginecologie, una dintre cele mai frecvente situații patologice care pun în pericol viața femeii.
2. Modul de rezolvare terapeutică a hemoragiei genitale depinde de natura și gravitatea afecțiunii cauzale, de importanța sângerării pe căile genitale, de eventualele stări patologice asociate și de promptitudinea intervențiilor terapeutice de hemostază.
3. Metodele de hemostază chirurgicale sunt metode eficiente, aplicate în condiții impuse de gravitatea sindromului hemoragic sau de eșecul metodelor medicale.
4. Selectarea justă, în timp util și adaptată fiecărui caz a metodei optime de hemostază oferă premisele rezolvării favorabile a cazului.

BIBLIOGRAFIE

1. **Aburel și colab.** – Obstetrică și Ginecologie, Editua Didactică și Pedagogică, București, 1971, 16-80.
2. **Aburel și colab.** – Obstetrică și Ginecologie – Manual unic, Editura Medicală, 1962, 40-60.
3. **Dobrovici V.** – Ginecologia, Lit.UMF, Iași, 1974.
4. **Dobrovici V.** – Elemente de practică obstetricală, Lit.UMF, Iași, 1968.
5. **Gavrilăscu C.** – Obstetrică, Litografia IMF, Iași, 1980.
6. **Luca V.** – Hemoragiile obstetricale, Rd Cerna, 1994, 17-54, 231-250.
7. **Lupașcu Gh.** – Obstetrică și ginecologie, Litografia IMF, Iași.
8. **Petrescu T.** – Segmentectomia, metodă conservatoare în tratamentul hemoragiilor datorate inserțiilor vicioase de placenta. *Obstetrica și Ginecologia*, 1978, 22, 3, 325-330.
9. **Popa S.** – Hemoragia-urgență majoră în obstetrică. *Obstetrica, Ginecologia*, 1967, 15, 3, 245-246.
10. **Rusu O.** – Propedeutică ginecologică-obstetricală, Editura Daci, 1975, pg.168-207, 254-256, 302-308.
11. **Schermers JA.** – Ectopic Pregnancy: A Morphological and Endocrine Study, Amsterdam, Boek-en Offsetdrukkerij Los-Naarden, 1984.
12. **Tatum Jh, Schmidt Fm, Jain Ak** – Management and outcome of pregnancies associated with the copper T intrauterine contraceptive device, *Am J Obstet Gynecol*, 126:869, 1976.
13. **Teleman G.** – Ginecologia, Litografia IMF, Iași, 1979.
14. **Teodorescu M.** – Patologia placentei. Editura Facla, 1977.
15. **Nanu D., Marinescu B., Matei D., Isopescu F.** – Esențialul în obstetrică, Editura Medicală AMALTEA, 2008, 40-41, 261-262.
16. **Conde-Agudelo A., Romero R.** – Amniotic fluid embolism: an evidence-based review, *Am J Obstet Gynecol*, 448, 2009.

REVISTA PRESEI MEDICALE INTERNAȚIONALE

More teens getting dangerous prescriptions

The chance that a teenager or young adult will receive a prescription for a controlled medication has nearly doubled in the last 15 years in the U.S., according to a new report.

In 2007, one out of every nine teens and one out of six young adults in their 20s received prescriptions for medication that have the potential for abuse, such as pain killers, sedatives and stimulants like Ritalin.

"This study indicates that there are many more abusable prescriptions in people's medicine cabinets, in homes where there are children," said Dr. Cindy Thomas at Brandeis University in Waltham, Massachusetts, who reviewed the findings for Reuters Health.

Just because teenagers and young adults receive these prescriptions, however, doesn't mean they will abuse them, or pass them onto others, cautioned study author Dr. Robert Fortuna of the University of Rochester in New York.

Whether the increase means young people are getting too many of these prescriptions, and doctors should cut back, is also not clear from this study, he told Reuters Health.

What the study does do, he noted, is reinforce the importance of communicating the risks of controlled medications to young people -- and the importance of monitoring their use.

"Physicians need to have open discussions with patients about the risks and benefits of using controlled medications, including the potential for misuse and diversion," Fortuna said in an e-mail. "Patients should also be monitored closely to ensure that their symptoms are adequately being treated and to ensure that prescriptions are being used as prescribed."

In addition, parents should stay vigilant if their teenagers ever need one of these prescriptions, he said -- maintaining "open communication" with their children and remaining aware of the potential for misuse.

Common reasons young people received prescriptions for opioid drugs such as OxyContin and Vicodin -- the most frequently abused medications, Fortuna noted -- was back or other musculoskeletal pain, injury, insomnia and other types of pain.

Psychiatric problems elicited prescriptions for Ritalin and other stimulants for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), as well as sedatives.

The study focused on prescriptions for controlled medications, defined as drugs that have the potential for abuse, and whose use is therefore regulated by the government.

The findings are concerning, the authors note, because teenagers and young adults are more likely than any other group to abuse prescription medicines. Indeed, nearly one in eight teenagers and one in three adults in their 20s say they have used prescription drugs recreationally at some point in their lifetimes. Surveys show that up to 36 percent of college students pass on their controlled medications to others.

To investigate prescription trends, Fortuna and his team reviewed data collected from 4,304 doctors and 3,856 clinics and emergency departments.

In 1994, only six percent of teens received a prescription for a controlled medication. By 2007, more than 11 percent were getting them -- adding up to 2.3 million doctors' visits in which a drug of this category was prescribed, the authors report in the journal Pediatrics.

The same trend held among young adults, who saw the rate of prescriptions increase from eight to 16 percent of doctors' visits within the same time period. In 2007, a total of 7.8 million visits led to a prescription for a controlled medication for a young adult.

There are a number of reasons why these prescriptions have likely increased, Fortuna noted. In recent years, there has been more advocacy for the importance of treating pain, regulations have changed, and physicians have likely become more comfortable with opioids, he said. In the case of sedatives, there are newer drugs, which have been marketed heavily.

Thomas said the increases "are clearly alarming" and raise questions about whether each prescription is warranted. "One has to question the increased diagnosing and treatment of psychiatric conditions and lower threshold for prescribing both pain medications and psychiatric medications in this population," she said in an e-mail.

An important step, she suggested, may include reaching out to doctors about the dangers of these medications in young people. "In the past, initiatives to educate physicians regarding overuse of antibiotics, for example, were effective."

Along with risks, these drugs come with a cost -- most low-dose, generic opioids run at less than \$150 a month. The cost for sedatives ranges from \$5 to more than \$100 for 15 pills. The cost of ADHD drugs varies widely, from around \$10 per month to more than \$1,000.

By Alison McCook
Sursa: Reuters – NEW YORK