

# HEMORAGIILE POSTPARTUM

Aurel Mogoșeanu

Hemoragiile postpartum (HPP) constituie una din marile urgențe amenințatoare de viață. De aceea se impune realizarea unui protocol consensual între mai multe discipline medicale: obstetrică, anestezie-terapie intensivă, laborator, centrul de transfuzii. Aceasta s-a și realizat pe plan internațional în cadrul congreselor, rămânând a fi deschis completărilor și îmbunătățirilor pe parcursul achizițiilor științifice în materie de tehnici, droguri volemice, aparatură.

## DEFINIȚIE

HPP = pierderi sangvine la naștere normală mai mari de 500 ml/24h; iar la naștere prin operație cezariană > 1000ml. Cele sub 500 ml/24 h sunt bine tolerate.

## FRECVENȚĂ

HPP apar la aproximativ 5% din nașteri (5-8% după Hibard, 1982 și 10% după Jacob, 1984). Mai mult de 50% din mortalitatea maternă este cauzată de HPP.

## CAUZELE HPP:

### A. Cauze obstetricale:

- placenta praevia;
- placenta acreta, increta, percreta (1/2562 nașteri);
- malformații uterine;

- cicatrici uterine;
- hidroamnios;
- sarcina gemelară ±;
- făt mort;
- chorioamniotita;
- mare multiparitate;
- fibrom uterin (tumori);
- atonie uterină;
- inversiune uterină;
- retenție de placentă – resturi placentare;
- ruptură uterină;
- plăgi cervico-vaginale;
- manevre obstetricale (forceps, dezlipire manuală de placentă);
- distocie de dinamică;
- pre-eclampsie.

### B. Cauze medicamentoase și fiziopatologice:

- administrare de tocolitice, MgSO<sub>4</sub>;
- perfuzii prelungite de ocitocină;
- hipoperfuzie uterină;
- hipoxie uterină;
- șoc obstetrical;
- hipocalcemie;
- diabet.

### C. Tulburări de hemostază:

- hemofiliile;
- boala Willebrand;
- trombopatiile;
- administrarea de anticoagulante (aspirină etc.);

- CID – fibrinoliză:
  - **cauze obstetricale:**
    - ruptură de placentă;
    - făt mort;
    - mola hidatiformă;
    - pre-eclampsia, HTA;
    - chorioamniotita;
    - avort septic;
    - declanșarea de avort prin soluții hipertone intrauterine;
  - **cauze neobstetricale (1):**
    - infecții;
    - șoc septic;
    - șoc anafilactic;
    - complexe imune;
    - malformații vasculare;
    - crize hipertensive;
    - tumori;
    - leucemie;
    - reacții transfuzionale;
    - medicamente;
    - traumatisme;
    - anemie Sickle-cell;
    - embolie gazoasă;
    - arsuri;
    - chirurgie majoră;

#### **D. HPP „neșteptate”, fără risc previzibil (2)**

Cauzele care trebuie cercetate imediat după naștere:

- A. atonia uterină
- B. retenția de placentă
- C. plăgi cervico-vaginale și perineale (chiar dacă au fost suturate)

Precauții trebuie luate încă din perioada prenatală: „orice gravidă poate fi considerată ca având risc de HHP” (3), de aceea sunt necesare următoarele:

- consultații prenatale
- informarea gravidelor privind:
- riscurile
- organizarea nașterii
- legatură cu clinica de obstetrică – ginecologie
- legătură cu centrul de transfuzii
- telefoanele echipei de obstetrică-ginecologie și ATI

- echipa gata de lucru în 30 minute
- barem medicamentos
- aparatură funcțională
- truse chirurgicale, embolizare, transfuzii
- audit pentru HPP-protocol învățat
- analize de laborator și pentru transfuzii sub o lună, eventual sub 3 luni
- orientarea pacienților cu risc către centre bine dotate, cu echipe / 24 h și punct de tranfuzii

Recomandări sistematice la naștere:

- la delivrare:
  - controlul filierii genitale – suturi
  - control cordon ombilical
  - examinarea placentei
  - ev. revizia uterină
  - ocitocină imediat după ieșirea umărului fătului (5-10 UI i.v., i.m.) sau 0.2 mg maleat de ergometrină
  - delivrarea artificială a placentei după 30 minute
  - precizarea diagnosticului de HPP este element esențial de prognostic
  - supravegherea în sala de naștere 2 ore după delivrare
  - estimarea pierderilor sangvine
  - pungă de captare a sângelui sub pacientă după expulzarea fătului
  - la cezariană pierderile sangvine sunt mai mari decât la nașterea normală.

Nu se recomandă:

- compresiuni neadecvate pe uter (4)
- tracțiuni pe cordon
- control instrumentar uterin
- control manual uterin fără anestezie generală
- gheață pe hipogastru.

#### **MĂSURI LA DECLANȘAREA HPP:**

- comunicarea– timpul este primordial - echipă multidisciplinară
- notarea orei inițiale, fișă parametri biologici
- linie venoasă funcțională
- monitorizare

- perfuzii-inițial cristaloid
- anestezie adaptată gesturilor obstetricale (atenție aspirație traheo-bronșică)
- analize de laborator (se refac)
- naștere artificială sub AG

## MĂSURI LA AGRAVARE:

- instalarea celei de-a doua linii venoase;
- analize de laborator Hb, trombocite, TP, TCA, fibrinogen
- bilanț biologic
- transfuzii – sânge proaspăt + crioprecipitat (aduce suficient fibrinogen), MER cu încălzitor de perfuzie. Nu se întârzie transfuzia.
- cateter arterial
- comunicare cu centrul de transfuzii
- aprovizionare de sânge, crioprecipitat, masă trombocitară
- menținerea Hb la 7-10 g/dl
- plasmă proaspăt congelată 10-15 ml/kg
- masă trombocitară
  - ◆ la cezariană când trombocitele sunt sub 50000/mm<sup>3</sup>
  - ◆ la naștere normală când trombocitele sunt sub 30000/mm<sup>3</sup>
- când SaO<sub>2</sub> scade
- ventilație artificială cu protecția căilor aeriene superioare
- în caz de tulburări de coagulare, cateterul peridural se lasă pe loc până la normalizare
- revizia uterină (chiar dacă delivrarea a părut completă)
- revizia filierei genitale, suturi, fire în „x” pe comisurile cervico-istmice, pense hemostatice Henckel, meșe hemostatice, actualmente contraindicate (Scwartz 1989)
- golirea vezicii urinare
- masarea uterului (dacă este hipoton)
- uterotonice ( ocitocină 5-10 UI )
- perfuzie cu ocitocină 5-10 UI / h timp de 2 h
- nu sunt recomandate prostaglandinele ca primă intenție
- antibioprofilaxie cu spectru larg

Dacă nu răspunde la terapia aplicată după 30 min:

- continuarea măsurilor de reanimare
- controlul filierei genitale
- seringă automată cu sulproston 100-500 μg/h
- nimic i.m.
- monitorizare
- urmărirea debitului urinar

Problema heparinoterapiei:

- controversată
- „nu există loc pentru heparină în hemoragiile obstetricale” (5)
- factorii de coagulare se pierd prin sângerare continuă și nu prin consum, dar dacă aportul de factori de coagulare este completat prin transfuzii masive se administrează heparină 2000 UI/3-4 h.

Tratamentul tulburărilor de hemostază este completat actualmente cu preparate de antitrombină III și mai recent cu Novoseven.

În funcție de condițiile spitalicești:

- transfer la unități specializate în condiții SMURD în vederea:
  - embolizării
  - măsurilor chirurgicale

Transferul:

- consult între unități
- comunicarea testelor clinice
- așteptare pregătită
- documentație pe ore
- ambulanța tip SMURD.

## MĂSURI INVAZIVE - STRATEGIE

- echipă antrenată
- aparatură - catetere
- sală angioplastie dotată
- prezența ATI-radiologie
- Embolizare – indicații:
  - atonie uterină rezistentă la uterotone
  - hemoragie de origine cervico-vaginală
  - placentă praevia
  - deșirare cervico-vaginală

N.B. Embolizarea nu este contraindicată de existența unei coagulopatii.

Se poate aplica și după ligaturi arteriale selective și după histerectomie.

## MĂSURI CHIRURGICALE

- în caz că H.P.P. nu răspund la măsurile anterioare
- anestezie generală chiar dacă este efectuată peridurala
- dacă nașterea a fost prin cezariană-embolizare nereușită
  - ligaturi vasculare și capitonaj uterin
    - arterele uterine ± arterele ligamentelor rotunde și arterele utero-ovariene
    - arterele hipogastrice
      - simplu de realizat
      - morbiditate mai mică
  - histerectomie de hemostază
- dacă măsurile de mai sus sunt ineficiente: histerectomia subtotală este tot așa de eficientă ca și cea totală, excepție uter cu placenta praevia și acreta.

## PARTICULARITĂȚI:

Placenta acreta:

- în absența hemoragiei: lăsată pe loc în parte sau în totalitate
- nu sunt acorduri consensuale privind recurgerea la tehnicile amintite: embolizare, ligaturi arteriale cu sau fără capitonaj uterin.

Histerectomia se impune de la început în cazuri de HPP severe.

## SÂNGERAREA POSTPARTUM PRELUNGITĂ

Sângerarea prelungită (întârziată) este definită ca sângerarea postpartum după primele 24 de ore până la 6 săptămâni. Incidența variază de la 0,1%-1% (6). Cauzele sunt multiple, resturile placentare constituie cea mai frecventă cauză. Terapia se bazează pe măsurile medicamentoase și obstetricale menționate mai sus, adaptate la caz.

În concluzie, H.H.P. severe, cauză principală directă de deces matern pot fi stăpânite printr-o bună organizare, promptitudine în diagnostic, tratament intensiv și, mai ales, prin aprecierea momentului când mijloacele conservatoare nu mai sunt eficiente pentru a trece la măsuri chirurgicale. Pierderea acestui moment, odată cu instalarea șocului hemoragic și a CID-ului, constituie cauza frecventă de eșec.

## BIBLIOGRAFIE

1. MUNTEANU, I.: *Tratat de obstetrică*, Editura Academiei Române, București 2000, p. 481-94.
2. CRUIKSHANK, H.S.: *Surgical management of postpartum hemorrhage*. Advances in gynecology and obstetrics, 5th ed. New York 1989.
3. DEHAECK, C.M.C.: *Transcatheter embolization of pelvic vessels to stop intractable hemorrhage*. Gynecol Oncol 1986; 24:9.
4. SCHWARTZ, E.P.: *The surgical approach to severe postpartum hemorrhage*. Advances in gynecology and obstetrics, fifth ed. New York 1989.
5. ROMERO, R.: *The management of acquired hemostatics failure during pregnancy*. Advances in gynecology and obstetrics, 5th ed. New York 1989.
6. LUCA, V.: *Hemoragiile obstetricale*, Editura Cerna, București 1993.