

AFECTIUNI MEDICALE

ÎN

SARCINĂ

Anca Maria Panaitescu
Gheorghe Peltecu

Cuprins

| | |
|---|-------------|
| <i>Prefață</i> | <i>xiii</i> |
| <i>Cuvânt înainte</i> | <i>xv</i> |
| <i>Foreword</i> | <i>xvii</i> |
| Capitolul 1. Sarcina, un test de efort pentru viață <i>David Williams, Anca Maria Panaitescu</i> | 1 |
| Capitolul 2. Evaluarea fetală la gravida cu afecțiuni medicale asociate sarcinii <i>Anca Maria Panaitescu</i> | 25 |
| Capitolul 3. Preeclampsia <i>Irina A. Buhimschi, Kara M. Rood, Gheorghe Peltecu, Cătălin S. Buhimschi</i> | 43 |
| Capitolul 4. Diabetul zaharat preexistent sarcinii <i>Aura Diana Reghină, Simona Fica</i> | 91 |
| Capitolul 5. Diabetul zaharat gestațional <i>Aura Diana Reghină, Anca Maria Panaitescu, Simona Fica</i> | 103 |
| Capitolul 6. Boli cardiovasculare în sarcină <i>Dragoș Vinereanu, Natalia Pătrașcu, Livia Florentina Trașcă</i> | 119 |
| Capitolul 7. Boala tromboembolică și sarcina <i>Letiția Coriu, Daniel Coriu</i> | 153 |
| Capitolul 8. Afecțiuni renale în sarcină <i>Mircea Penescu, Ioana Miler</i> | 169 |
| Capitolul 9. Boli ale țesutului conjunctiv în sarcină <i>Andra Bălănescu</i> | 199 |
| Capitolul 10. Boli hematologice în sarcină <i>Iulia Ursuleac, Aurelia Tatic, Ana Manuela Crișan, Daniel Coriu</i> | 227 |

| | |
|---|-----|
| Capitolul 11. Boli hepatice în sarcină | |
| <i>Liana Gheorghe, Cristian Gheorghe</i> | 253 |
| Capitolul 12. Boli gastrointestinale în sarcină | |
| <i>Mihai Ciocîrlan, Maria Ispas, Mircea Mihai Diculescu</i> | 285 |
| Capitolul 13. Boli ale tiroidei și paratiroidelor în sarcină | |
| <i>Corin Badiu, Monica Gheorghiu</i> | 307 |
| Capitolul 14. Boli ale hipofizei și glandelor suprarenale în sarcină | |
| <i>Cătălina Poiană, Cristina Căpățîna</i> | 327 |
| Capitolul 15. Boli ale aparatului respirator în sarcină | |
| <i>Alexandru Tudor Steriade, Roxana Silvia Bumbăcea, Dragoș Bumbăcea</i> | 349 |
| Capitolul 16. Boli neurologice în sarcină | |
| <i>Cristina Tiu, Ioana Mîndruță, Ovidiu Alexandru Băjenaru</i> | 387 |
| Capitolul 17. Infecția HIV și alte boli infecțioase în sarcină | |
| <i>Oana Săndulescu, Mariana Mărdărescu, Anca Streinu-Cercel, Adrian Streinu-Cercel</i> | 449 |
| Capitolul 18. Afecțiunile dermatologice în sarcină | |
| <i>Samantha Vaughan Jones, Christina Ambros-Rudolph, Catherine Nelson-Piercy</i> | 471 |
| Capitolul 19. Cancerul de sân în sarcină | |
| <i>Anca Maria Panaitescu, Mihaela Demetrian, Dragoș Median, Gheorghe Peltecu</i> | 495 |
| Capitolul 20. Afecțiuni psihiatrice în sarcină | |
| <i>Cătălina Tudose</i> | 509 |
| Capitolul 21. Analgezia și anestezia la naștere a gravidelor cu afecțiuni medicale co-existente | |
| <i>Virgil Șerban Manica</i> | 545 |
| Capitolul 22. Sarcina cu risc genetic pentru mamă și făt | |
| <i>Florina Nedelea, Dragoș Crețoiu, Anca Maria Panaitescu</i> | 561 |
| <i>Index</i> | 577 |

Prefață

Apariția lucrării „Afecțiuni medicale în sarcină” reprezintă un moment de referință în publicistica medicală românească.

Medicina contemporană se caracterizează printr-o dezvoltare fără precedent a cunoștințelor, fapt care a dus la apariția a numeroase specialități și subspecialități medicale.

Obstetrica a evoluat și ea, spectaculos, alături de celelalte specialități medicale și de la o simplă urmărire clinică a sarcinii și o asistență a nașterii bazată doar pe arta moșitului, a ajuns o specialitate din care au derivat subspecialități și care are numeroase conexiuni cu alte specialități medicale ce se îngrijesc de sănătatea viitoarei mame și a fătului/pacientului nenăscut.

Patologia medicală întâlnită la femeia gravidă a crescut atât ca frecvență dar și din punct de vedere al complexității. Aceasta a făcut să se contureze o categorie de gravide care să fie purtătoare ale unei sarcini cu risc înalt. Gestionarea unor astfel de afecțiuni medicale nu poate fi făcută doar trimițând gravida la un consult de specialitate ci formând echipe complexe de specialiști dedicați care să comunice ori de câte ori este necesar, personalizat, coordonându-și deciziile în funcție de evoluția gravidei și a fătului. A apărut astfel ca o necesitate obiectivă aprofundarea cunoștințelor de medicină internă de către unii obstetricieni care să-și dedice activitatea gravidelor cu afecțiuni medicale și să coordoneze echipa multidisciplinară de urmărire a lor pe durata sarcinii și la naștere.

Sarcina este o stare fiziologică a cărei urmărire atentă nu aduce doar beneficii de moment mamei și fătului. Studii observaționale și prospective au demonstrat că sarcina poate releva o serie de afecțiuni pe care gravida le poate dezvolta mai târziu în viață, cum ar fi HTA, diabetul gestațional și boli renale. De aceea, sarcina a fost comparată cu un test de efort pentru viață.

Evaluarea fetală la gravida cu afecțiuni medicale asociate sarcinii

Anca Maria Panaitescu

Introducere

Metoda principală de investigare a fătului în timpul vieții intrauterine este evaluarea ecografică. Pentru gravidele cu afecțiuni medicale asociate sarcinii, evaluarea ecografică are valoare și indicații suplimentare față de examinarea de rutină, oferită tuturor gravidelor. În prezența unor boli materne care pot avea drept consecință afectarea fetală sau care necesită medicație cu potențial teratogen, examinarea ecografică fetală permite diagnosticul anomaliilor și orientează conduita medicală.

Acest capitol prezintă indicațiile de examinare ecografică mai frecvente și aspectele ecografice fetale tipice în cazul unor afecțiuni materne specifice. Rezultatul examinării fetale este întotdeauna interpretat în context clinic. Este important de subliniat că, la cele mai multe gravide cu afecțiuni medicale concomitente sarcinii, aflate sau nu în tratament, rezultatul examinării ecografice fetale va fi normal, ceea ce reduce gradul de anxietatea privind consecințele nefaste ale bolii materne de bază sau ale tratamentului asociat asupra fătului.

Evaluarea ecografică fetală în sarcină

Examinarea ecografică de la începutul primului trimestru de sarcină confirmă localizarea sarcinii, viabilitatea și ordinul acesteia (sarcină unică sau multiplă). Între 11 și 14 săptămâni, evaluarea clinico-ecografică permite datarea corectă a sarcinii și aplicarea unor algoritmi statistici de calcul pentru depistarea anomaliilor cromozomiale frecvente și a sindroamelor gestaționale (preeclampsie, diabet gestațional, restricție de creștere fetală, naștere prematură). Datarea corectă a sarcinii se bazează pe măsurarea ecografică a lungimii cranio-caudale fetale între 11 și 14 săptămâni

Tabelul 1. Indicații materne pentru efectuarea ecocardiografiei fetale *

- Anticorpi auto-imuni, anti-Ro(SSA)/anti-La(SSB)
- Afecțiuni familiale-moștenite (ex. sindromul de deleție 22q11.2)
- Fertilizare *in vitro*
- Afecțiuni metabolice (diabet zaharat, fenilcetonurie)
- Expunere la agenți teratogeni (retinoizi, litiu etc.)
- Anomalii cardiace congenitale materne

*După recomandările AIUM, 2013 [2].

Legendă: anti-Ro(SSA) și anti-La(SSB): autoanticorpi îndreptați împotriva sistemului antigenic Ro și La. Sunt asociați mai frecvent cu boli autoimune (LES, sindromul Sjögren, ciroza biliară, lupusul neonatal).

de sarcină și este importantă în prezența unor afecțiuni medicale ce pot cauza tulburări menstruale sau restricție de creștere fetală (afecțiuni cardio-vasculare, autoimune, insuficiență renală). Preeclampsia și restricția de creștere fetală apar mai frecvent la gravidele cu boli autoimune, diabet, afecțiuni renale sau cardio-vasculare. La evaluarea de la 11-14 săptămâni de sarcină se poate aplica un algoritm de calcul pentru predicția riscului de apariție a preeclampsiei și a restricției de creștere intrauterină prin combinarea unor factori materni (paritate, greutate, istoric, afecțiuni asociate), factori biofizici (tensiunea arterială medie, indicele de pulsilitate al arterelor uterine determinat ecografic) și biochimici (factorul de creștere placentar, proteina A plasmatică asociată sarcinii). Rata de detecție prin acest algoritm este de 91% pentru preeclampsia apărută înainte de 34 de săptămâni, cu 5% rezultate fals-pozitive [1]. Depistarea grupului cu risc crescut încă din primul trimestru permite administrarea unor tratamente profilactice precum aspirina (150 mg) și urmărire individualizată.

Examinarea ecografică de la 20-24 de săptămâni are ca scop evaluarea detaliată a anatomiei fetale. Pentru gravidele cu afecțiuni medicale cronice ce necesită medicație cu potențial teratogen ([Anexa 1](#)), această evaluare permite depistarea unor eventuale malformații asociate. Un examen ecografic normal reduce anxietatea legată de dezvoltarea fătului. La această vârstă de sarcină se recomandă, în cazuri selecționate, ecocardiografia fetală (indicațiile sunt prezentate în [tabelul 1](#)).

Examinarea ecografică din trimestrul al treilea vizează evaluarea creșterii și a stării de bine fetale prin biometrie și măsurarea cantității de lichid amniotic, a velocimetriei Doppler în principalele vase ale circulației fetale (arterele ombilicale, artera cerebrală

medie, ductul venos). Unele afecțiuni materne (afecțiunile cardiace, renale, metabolice) se agravează în trimestrul al treilea prin suprasolicitarea adusă de sarcină și, de aceea, ritmul de monitorizare clinico-ecografică este adaptat fiecărui caz.

Gravidele cu afecțiuni materne asociate beneficiază de îngrijirea optimă în maternități de referință, cu experiență în tratamentul sarcinilor complicate și care pot oferi și îngrijire de terapie intensivă neonatală.

Evaluarea ecografică fetală în afecțiuni materne specifice

Prezența anticorpilor anti-Ro(SSA)/anti-La(SSB) în bolile autoimune materne

Anticorprii reactivi la ribonucleoproteinele Ro(SSA) și/sau La(SSB) sunt frecvent întâlniți în afecțiuni autoimune materne (lupus, artrită reumatoidă, sindrom Sjögren, boală autoimună nediferențiată, colangită sclerozantă) dar și în populația generală. În sarcină, după săptămâna 12, aceștia sunt transportați transplacentar prin mecanisme fiziologice specifice anticorpilor de tip IgG (figura 1) și pot cauza inflamația și fibroza

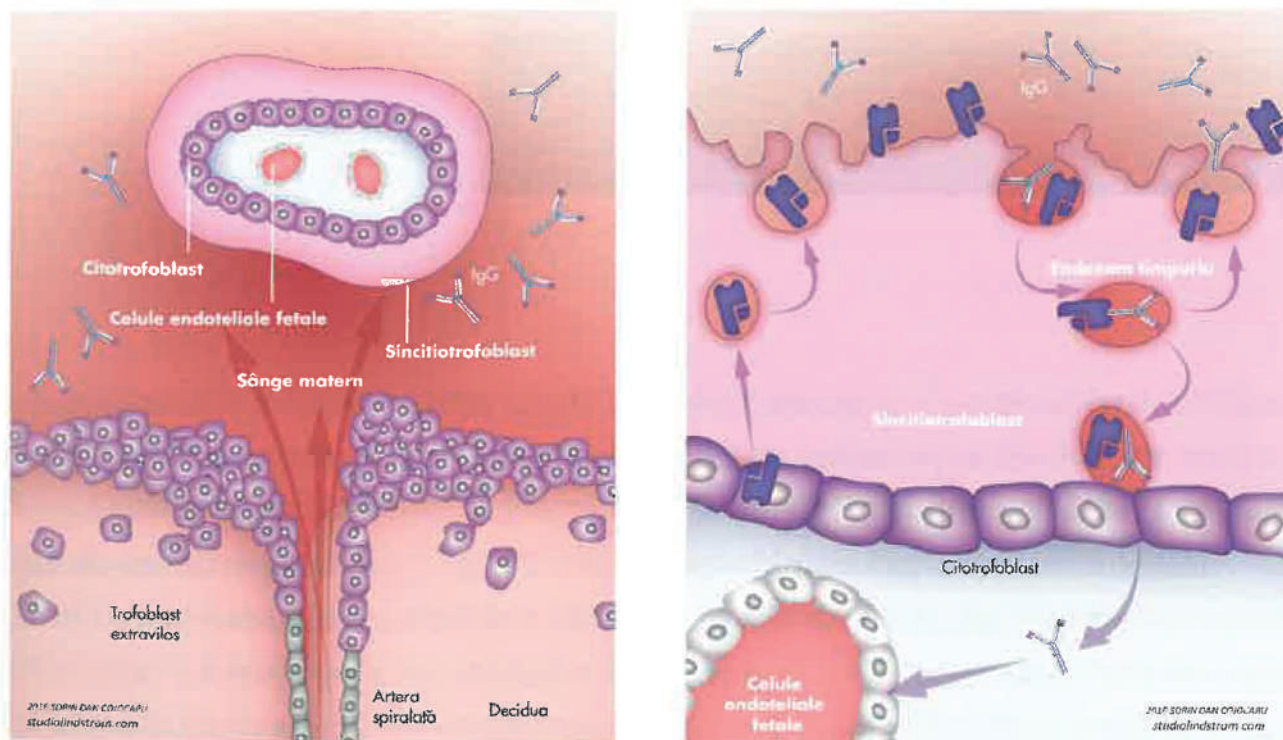


Figura 1. Anticorprii de tip IgG traversează placenta prin legarea de receptorul Fc exprimat de sincitiotrofoblast, după săptămâna 12 de sarcină.

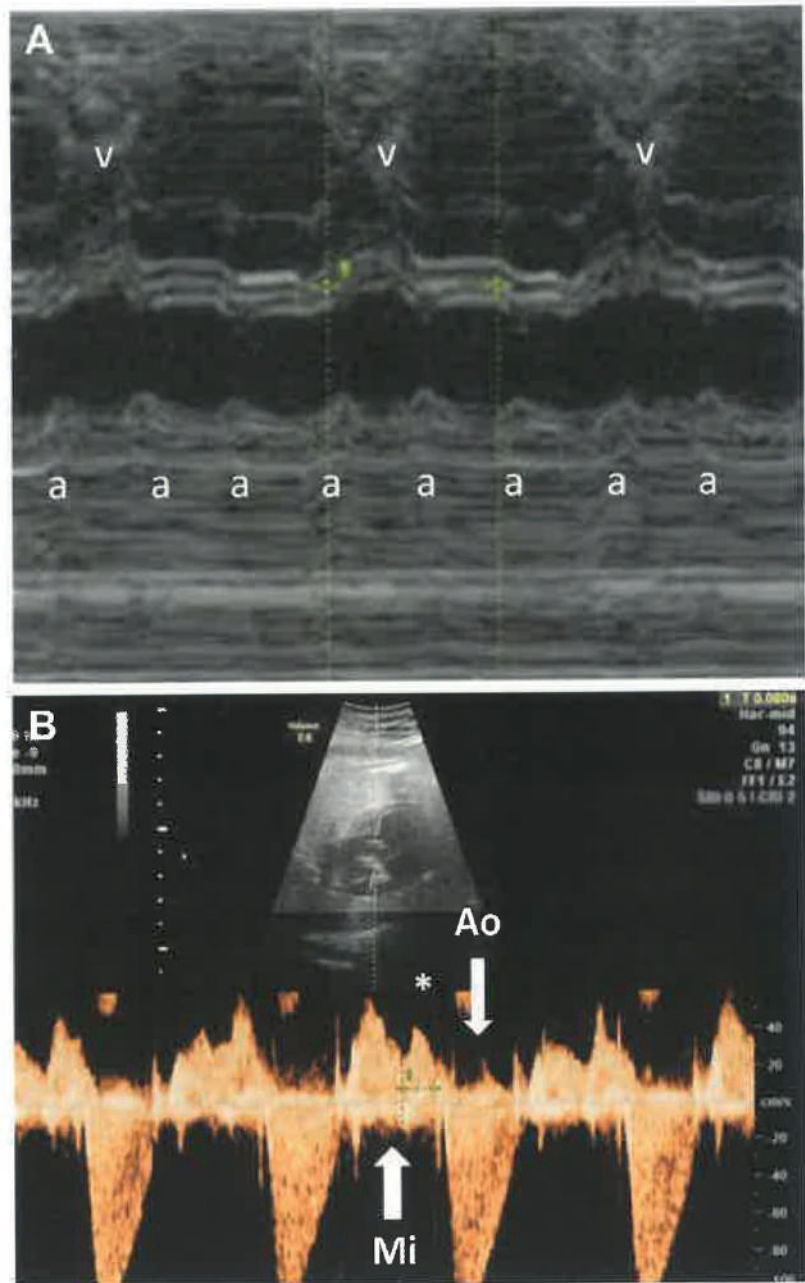


Figura 2. Leziuni cutanate în lupusul neonatal (Lupus Image Bank, Elsevier, reproduș cu permisiune).

țesutului fetal cardiac de conducere rezultând blocul atrioventricular. Alte consecințe cardiace fetale asociate prezenței acestor anticorpi sunt cardiomiopatia fetală, fibroelastoza și valvulopatiile [3].

Afectarea cardiacă fetală apare la aproximativ 2% din gravidele purtătoare de anticorpii anti-Ro(SSA)/La(SSB), iar 15% din nou-născuții acestor mame prezintă o formă tranzitorie de lupus neonatal caracterizată prin leziuni cutanate specifice (figura 2), pancitopenie și afectare hepatică. Toți nou-născuții afectați se recuperează spontan în următoarele săptămâni după naștere, pe măsură ce anticorpii materni sunt eliminați din circulația neonatală [3, 4].

Figura 3. A. Bloc atrio-ventricular complet, modul M; a - contracție atrială, v - contracție ventriculară (colecție Dr. Vita Zidere, King's College Hospital, Londra); **B.** măsurarea intervalului PR mecanic (*); Mi - fluxul prin valva mitrală (curgerea în diastolă generală și în sistola atrială, superior); fluxul prin valva aortică, (inferior); aspect normal (colecție Dr. Anca Maria Panaitescu).



În viața fetală, prima manifestarea a disfuncției cardiace asociată anticorpilor materni este, în peste 80% din cazuri, blocul atrioventricular complet, ireversibil. Acesta este aproape întotdeauna diagnosticat între săptămânile 16 și 34 de gestație și nu este, de obicei, precedat de grade inferioare de bloc. În blocul fetal atrioventricular complet, apare disociația totală între contracția atrilor și cea a ventriculilor, frecvența atrială fiind normală, de aproximativ 140–160 bpm, iar cea ventriculară de doar 50–60 bpm (figura 3A). În aproximativ 20% din cazuri, afectarea conducerii se manifestă ca blocul atrioventricular de gradul I sau II, de obicei, neprogresiv în timpul vieții fetale. Alterarea conducerii fetale poate fi demonstrată ecocardiografic prin