

UNIVERSITATEA DE MEDICINA SI FARMACIA CRAIOVA

SCOALA DOCTORALA

REZUMAT

CONDUITA ACTUALĂ LA NAȘTERE ȘI
POSTPARTUM A FEȚILOR HIPOTROFICI ÎN
RELAȚIE CU ETIOPATOGENIA RCIU

CONDUCATOR STIINTIFIC:

PROF.UNIV.DR. RACA NICOLAE

DOCTORAND:

GURAN (SIRBU) CARMEN MIRELA

CRAIOVA 2016

PARTEA GENERALĂ

CAPITOL I.INTRODUCERE

CAPITOLUL II.METODE DE SCREENING SI FACTORI DE RISC AI RCIU

II.1.Screening in populatia generala

II.2.Screening-ul în sarcina precoce

II.3.Screening-ul în trimestrul III de sarcina

CAPITOLUL III. CONDUITĂ TERAPEUTICĂ CONTEMPORANĂ ANTEPARTUM

III.1.Aspecte generale ale restricției de creștere intrauterină a fătului

III.2.Importanța indicatorilor materno-fetali în evaluarea RCIU

III.3.Dopplerografia în evaluarea fetala

CAPITOLUL IV PRINCIPALELE COMPLICAȚII CE POT AFECTA NOU-NĂSCUTUL CU RCIU

IV.1.Hipoglicemia

IV.2.Hipotermia

IV.3.Asfixia perinatală

PARTEA PERSONALĂ

SCOPUL LUCRĂRII

MATERIAL ȘI METODĂ

REZULTATE ȘI DISCUȚII
CAZ CLINIC
CONCLUZII
BIBLIOGRAFIE

PARTEA GENERALA

Restricția de creștere intrauterină (RCIU) rămâne una dintre principalele provocări în îngrijirea ante și postnatală. Îmbunătățirile trebuie să pornească de la o mai bună defnirire a termenului de RCIU, aplicând conceptul de potențial de creștere fetală. Aplicarea unor standarde personalizate pentru creșterea fetală și greutatea la naștere au îmbunătățit detecția RCIU cu o mai bună distincție între feții mici pentru vârsta gestațională fiziologic și patologic și au condus la normele aplicabile la nivel internațional. Aceste evoluții au dus la noi descoperiri în evaluarea riscului și supravegherea în timpul sarcinii. Măsurarea seriată a înălțimii fundului uterin reprezentată grafic pe diagrame personalizate este un instrument util de screening, în timp ce biometria fetală și fluxul Doppler sunt pilonul de investigare și diagnostic al RCIU. Protocoale adecvate pe baza dovezilor disponibile, precum și evaluarea clinică individualizată sunt esențiale pentru a asigura o bună gestionare a cazurilor și oportunitatea nașterii

Restricția de creștere intrauterină se referă la condiția în care fătul nu își poate atinge potențialul de

creștere determinat genetic. Această definiție funcțională urmărește să identifice o populație de feteși cu risc cu prognostic nefavorabil dar care poate fi modificat. Această definiție exclude în mod intenționat de feteșii care sunt mici pentru vârsta gestațională (SGA), dar nu sunt patologic mici. SGA este definită ca o creștere până la percentila 10 sau mai puțin raportată la greutatea tuturor feților la acea vârsta gestationala. Nu toți feții care sunt mici pentru vârsta gestațională au creșterea limitată patologic și, de fapt, pot fi mici constituțional. În mod similar, nu toți feții care nu și-au îndeplinit potențialul genetic de creștere se află sub percentila 10 pentru greutatea fetală estimată (GFE)

PARTEA PRACTICA

I. SCOPUL LUCRĂRII

Studiu a fost efectuat în încercarea de a obține:

- analiza factorilor de risc implicați în etiologia

RCIU

- modalitatea finalizării sarcinii

-starea la naștere cuantificată prin scorul Apgar precum și răspunsul nou-născutului hipotrofic cu RCIU la manevrele de reanimare

-frecvența hipotrofiei fetale cu RCIU în rândul nou-născuților prematuri, la termen și proveniți din sarcini gemelare

-complicațiile postnatale și necesitatea îngrijirii în secția de terapie intensivă neonatală

-comorbiditățile asociate fiecărei categorii de nou-născuți hipotrofici cu RCIU

-evoluția în maternitate

II.MATERIALE SI METODE

Am efectuat un studiu retrospectiv în care au fost incluși un număr de 141 de NN hipotrofici al căror diagnostic de RCIU a fost stabilit antepartum ecocardiografic și confirmat postpartum pe baza indicelui ponderal, a măsurătorilor antropometrice corelate pe curbele de creștere intrauterina. Baza de date a fost reprezentată de foile de observație și condicile de naștere din perioada 2010-2014.

Am analizat atât factorii etiologici antepartum care ar fi putut influența bunul mers al sarcinii cât și complicațiile postpartum ce au grevat NN din lotul studiat.

III.REZULTATE SI DISCUTII

La lotul de studiu de 141 de nou-nascuti hipotrofici cu RCIU,a fost necesara determinarea scorului Ballard la nastere,raportarea greutatii la varsta de gestatie dupa curbele de crestere intrauterine,calcularea indicelui ponderal pentru identificarea RCIU asimetrice ,incadrand NN hipotrofici in functie de VG, Gn si IP si observand o incidenta crescuta a RCIU la nou-nascutii prematuri cu VG=34-36 saptamani si 6 zile(41,84%) cu restrictie de crestere asimetrica.(34,75%).Starea la nastere a fost cuantificata prin scorul Apgar corelat cu VG, Gn si IP,iar suferinta fetala argumentata prin prezenta acidozei metabolice .

Factorii de risc implicați în etiologia hipotrofiei cu RCIU pot fi împărțiți în 3 mari categorii : fetali, materni și placentari. În lotul studiat au fost identificați mai frecvent factori materni : hipertensiunea (53%), trombofilia și infecțiile materne (ITU, corioamniotita și focare dentare – germenii implicați în infecțiile materne au fost în ordinea frecvenței: Stafilococ, E. Coli, Streptococ).

HTA și ruptura prematură de membrane cum și cardiocografia a impus în majoritatea cazurilor de NN hipotrofici cu RCIU nașterea prin operație cezariană.

Procentul înalt al operațiilor cezariene(65,24%) poate fi explicat prin încercarea de a preîntâmpina decesul și a scădea morbiditatea neonatală. Prezența RCIU determină necesitatea frecventă de finalizare a sarcinilor prin operație cezariană.

IV.CONCLUZII

1. RCIU datorată insuficienței placentare (HTA, placenta praevia , infecții) este o cauză importantă de morbiditate și mortalitate perinatală, cauza frecventă de sindroame neurologice și hipoglicemie. Insuficiența placentară este un factor de risc important în morbiditatea neonatală. După prematuritate, RCIU reprezintă a-2-a cauză a mortalității perinatale.

2. Diagnosticul antenatal de RCIU prin ultrasonografie (cea mai eficientă metodă de screening în obstetrică) duce de cele mai multe ori la finalizarea sarcinii prin operație cezariană , evitând în acest fel riscul de asfizie perinatală și ameliorând prognosticul fetal.

3. Reanimarea eficientă la nașterea unui nou-născut hipotrofic cu RCIU, prevenirea hipotermiei îmbunătățește supraviețuirea ducând la scăderea morbidității neonatale și a incidenței complicațiilor postnatale.

4. HTA este cea mai frecventă complicație medicală în timpul sarcinii, cu o incidență crescută în etiopatogenia restricției de creștere intrauterină. RCIU rămâne o problemă actuală în perinatologie.

V. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. A XVIII-a Conferința Națională de Neonatologie, Alba Iulia, 24-26 septembrie 2015, Prematurul Tarziu, ISBN 978-606-12-1096-1, rezumate, Ed. Univ. Lucian Blaga, Sibiu, pag. 58
2. ACOG Practice bulletin no. 134: fetal growth restriction. *Obstetrics and Gynecology*. 2013
3. Alberry M, Soothill P. Management of fetal growth restriction. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*. 2007
4. Albouy-Llaty M, Thiebaugeorges O, Goua V. EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Influence of fetal and parental factors on intrauterine growth measurements: results of the EDEN mother-child cohort. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2011;38:673-680.
5. Gabriel Radu Rica, Caudia Paula Badi, Ana-Maria Rica, Carmen-Mirela Sirbu, Nicolae RÎCĂ, Etiopathogenetic, clinical and histopathological aspects regarding the involvement of dental focal infection in premature births with fetal hypotrophy, *Rom J Morphol Embryol* 2014, 55(3 Suppl):1123-1127
6. Munteanu I, Râcă N, *Tratat de obstetrică*, Ed. Academiei Române, București, 2006, 1115-1130.

7. Pedersen NG, Wøjdemann KR, Scheike T, Tabor A. Fetal growth between the first and second trimesters and the risk of adverse pregnancy outcome. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2008
8. Platz E, Newman R: Diagnosis of IUGR: Traditional biometry. *Semin Perinatol* 2008
9. Râcă N, Obstetrică, Ed. Medicală Universitară Craiova, 2005.
10. Resnik, R. Intrauterine growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2002
11. Romo A, Carceller R, Tobajas J. Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2009;6(Suppl3)
12. Sankaran, K., Chien, L.Y., Walker, R., Seshia, M., Ohlsson, A. Variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units. *CMAJ*. 2002