

PIERDEREA RECURENTĂ A SARCINII

(AVORTUL RECURENT SAU HABITUAL)

D.ș.m, conferențiar univ.,
Popușoi Olga

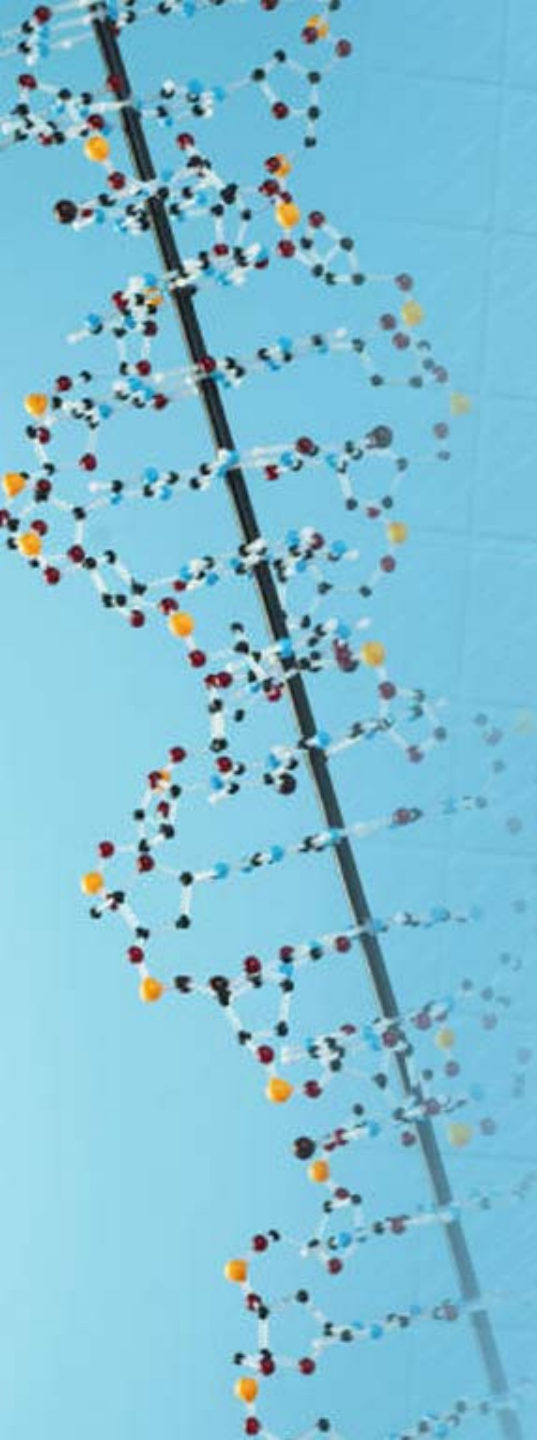
Pierdere recurentă a sarcinii

- Una dintre cele mai importante probleme ale obstetricii practice o reprezintă avortul spontan recurent.
- În prezent, în literatura mondială este acceptat termenul de „pierdere recurentă a sarcinii” (reccurent pregnancy loss), care semnifică întreruperea spontană a sarcinii în termene de la concepție până la 37 de săptămâni, care poate fi:
 - Avort spontan (concepere – 22 săptămâni);
 - Naștere prematură (22 – 37 săptămâni).
- Acest lucru se datorează faptului că în primul trimestru de sarcină, în 6,75% de cazuri are loc moartea embrionului / fătului și doar mai târziu apare riscul de pierdere a sarcinii.

Etiologia

Se deosebesc următoarele cauze principale:

- **Genetice (3 – 6%);**
- **Endocrine (8 – 20%);**
- **Imunologice (până la 30%):**
 - Autoimune;
 - Aloimune;
- **Infecțioase (5%);**
- **Trombofilia (13%);**
- **Patologia uterului:**
 - Vicii de dezvoltare;
 - Infantilismul genital;
 - Hipoplazia uterului;
 - Insuficiența istmico – cervicală;
 - Sinechile intrauterine.



FACTORII GENETICI (3 – 6%) = modificări structurale:

- Intracromozomiale**
- Intercromozomiale**

FACTORII GENETICI

- Studiul cariotipului soților pune în evidență anomalii cromozomiale echilibrate (cel mai frecvent translocațiile reciproce), în cazul cărora embrionul este neviabil sau devine purtător al unei patologii cromozomiale grave.

DIAGNOSTIC

- **ANAMNEZA**
 - Prezența patologiilor ereditare;
 - Nașterea copiilor bolnavi;
 - Cazuri neclare de deces perinatal.
- **Metode speciale de investigație**
 - Studiul cariotipului părinților
 - Analiza citogenetică a avortonului în scopul stabilirii cauzelor genetice de pierdere a sarcinii;
 - Stabilirea cariotipului copilului în cazurile de naștere a unui făt mort sau de deces neonatal.
- **Consultația geneticianului**
- **În cazul depistării la cel puțin unul dintre părinți a cariotipului patologic se indică diagnostic prenatal:**
 - Biopsia corionului;
 - Cordocenteza;
 - Amniocenteza.

CAUZELE ENDOCRINE (8 – 20%) cele mai importante sunt:

- Insuficiența de fază luteală;
- Hiperandrogenia;
- Hiperprolactinemia;
- Disfuncția glandei tiroide
- Diabetul zaharat.

INSUFICIENȚA DE FAZĂ LUTEALĂ (20 – 60% din cazuri)

Apare de regulă în rezultatul acțiunii factorilor următori:

- Dereglarea secreției de FSH și LH în prima fază a ciclului menstrual;
- Pick precoce sau tardiv de eliberare a LH – ului;
- Hipoestrogenia;
- Hiperprolactinemia.

CONDUITA SARCINII în caz de IFL:

- **Corecția IFL la etapa pregravidară cu preparate de progesteron, și continuarea tratamentului cu acestea și în timpul sarcinii.**
- **În caz de asociere a hiperprolactinemiei, tratamentul cu agonști de dopamină se recomandă a fi sistat la apariția sarcinii.**

HIPERANDROGENIA

Poate fi:

- De origine suprarenală
- De origine ovariană (S.O.P.)

• Hperandrogenia suprarenală (sindromul adrenogenital) reprezintă o patologie ereditară autozomal recesivă, determinată de defecte genetice ale sintezei hormonilor steroizi.

- Tratament: terapie cu glucocorticoizi până la apariția sarcinii și continuarea acestora și în timpul sarcinii.

CAUZE INFECȚIOASE

- Infectarea primară în stadiile precocce ale sarcinii ce poate duce la apariția de leziuni incompatibile cu viața ale embrionului.
- La majoritatea femeilor cu avort habitual și endometrită cronică se remarcă prevalența la nivelul endometriului a 2 – 3 și mai multe specii de bacterii anaerobe și virusuri.
- **DIAGNOSTIC:**
 - Frotiuri Gram de la nivelul vaginului și canalului cervical;
 - Examenul bacteriologică a eliminărilor cervicale;
 - Depistarea infecției gonoreice, chlamidiene sau trihomonazice și a stării de purtător a infecției HSV (virus Herpes Simplex) și CMV (CitoMegalo Virus) prin PCR.

CAUZE INFECȚIOASE

- **TRATAMENT:**
- **Până la sarcină**
 - Selectarea individualizată a preparatelor;
 - Imunoterapie activă;
 - Terapie medicamentoasă antibacteriană.
- **În timpul sarcinii**
 - În primul trimestru: profilaxia insuficienței placentare
 - În trimestrele 2 și 3:
 - Imunoglobulinoterapie, interferon
 - La depistarea florei patogene : terapie antibacterială
 - La apariția simptomelor iminenței de avort: tratament în staționar.

CAUZE IMUNOLOGICE

- Este cunoscut faptul că 80% din toate cazurile anterior inexplicate de pierderi de sarcină după FIV sunt de origine imunologică.
- **CONFLICTUL IMUN POATE FI:**
 - Autoimun: agresiunea sistemului imun asupra țesuturilor proprii ale mamei.
 - Alloimun: răspunsul imun este îndreptat asupra antigenelor embrionului (fătului) și antigenelor tatălui.
- O cauză autoimună a genezei pierderilor recurente de sarcină general acceptată în prezent este sindromul antifosfolipidic (SAFL).

SINDROMUL ANTIFOSFOLIPIDIC

- **SINDROMUL ANTIFOSFOLIPIDIC (SAFL) este un termen ce cuprinde bazele patogenetice ale dereglărilor funcției reproductive (în primul rând pierderile recurente) și prezența anticorpilor antifosfolipidici.**
- **Epidemiologie:**
 - **Prezent la 5% din populația generală;**
 - **Prezent la 27 – 42% dintre pacientele cu avort habitual;**
 - **În lipsa tratamentului SAFL, incidența morții embrionului (fătului) se întâlnește la 85 – 90% dintre femeile cu anticorpi antifosfolipidici.**

SAFL

- **ETIOLOGIE:**

- Pe fonul multor patologii infecțioase, mai ales virale
- Determinat genetic

- **CLASIFICARE**

- SAFL primar;
- SAFL secundar;
- SAFL la pacientele cu manifestări asemănătoare LES;
- SAFL catastrofal;
- Alte sindroame microangiopatice (CID, HELLP, etc.);
- SAFL seronegativ.

SAFL

- La interacțiunea dintre anticorpii antifosfolipidici cu fosfolipidele membranare ale celulelor epiteliale se dezvoltă o disfuncție endotelială sistemică și dereglarea sistemului de hemostază, manifestată prin:
 - Adeziunea și agregarea intensificată a trombocitelor;
 - Dereglarea echilibrului dintre sinteza prostaciclinelor și tromboxanilor;
 - Tromboza intrasinusoidală a complexului fetoplacentar;
 - Diminuarea activității anticoagulanților naturali;
 - Dezvoltarea trombictopeniei trombotice și imune.
- Toate aceste duc la **vasoconstricție, creșterea agregării trombocitare și tromboză sinusoidală - - - - - >**
insuficiență vasculară placentară.

SAFL

- Tromboze, întâlnite la 22% de cazuri;
- Întârzierea creșterii fetale intrauterine;
- Insuficiența placentară;
- Gestoza;
- HELLP – sindromul;
- Moartea antenatală a fătului;
- MODS

SAFL

- **TRATAMENT, principii:**
 - **Tratamentul cauzei SAFL, dacă este posibil.**
 - **Tratamentul va fi început înaintea sarcinii sau în termenele precoce ale acesteia.**
 - **Se indică o terapie antitrombotică selectată individual și efectuată sub controlul hemostazei.**

ANTICORPI ANTIPROGESTERONICI

În sângele a 10% din femeile cu pierdere recurentă a sarcinii sunt depistați autoanticorpi contra progesteronului.

•De obicei se determină:

- Insuficiența de fază luteală;
- Concentrație inferioară normei a progesteronului;
- Endometru „subțire” la termenii „ferestrei de implantare”;
- În caz de sarcină apare insuficiența placentară primară.

•Tratament:

Progesteron + Prednisolon.

SENSIBILIZAREA CONTRA HGC

- **SENSIBILIZAREA CONTRA GONADOTROPINEI CORIONICE (HGC) – aloimună, la 26,7% dintre femeile cu pierdere recurentă a sarcinii se determină prezența anticorpilor contra HCG, care**
 - Îi blochează efectele biologice;
 - Împiedică legarea HGC cu receptorii corpului galben al ovarelor;
 - Lezează direct celulele trofoblastului.
- **Tratament:**
 - Heparine fracționate
 - Glucocorticoizi.

PATOLOGIA UTERULUI

- **PATOLOGIA UTERULUI - constituie 10 – 16% din totalul de cauze.**
- **Frecvența:**
 - Uter bicorn 37%;
 - Uter selar 15%;
 - Uter septat 22%
 - Dublarea completă a uterului 11%.
- **Întreruperea sarcinii din cauze anatomice este determinată de:**
 - eșecul implantării blastocistului;
 - insuficiență de vascularizație și recepție a endometrului;
 - dereglări hormonale;
 - endometrită cronică;
 - IIC (Insuficiență Istmico – Cervicală).
- **Tratamentul este Chirurgical.**

Vă mulțumesc pentru
atenție!