

Manejo da bolsa rota pré-termo

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA e a IV JORNADA DE

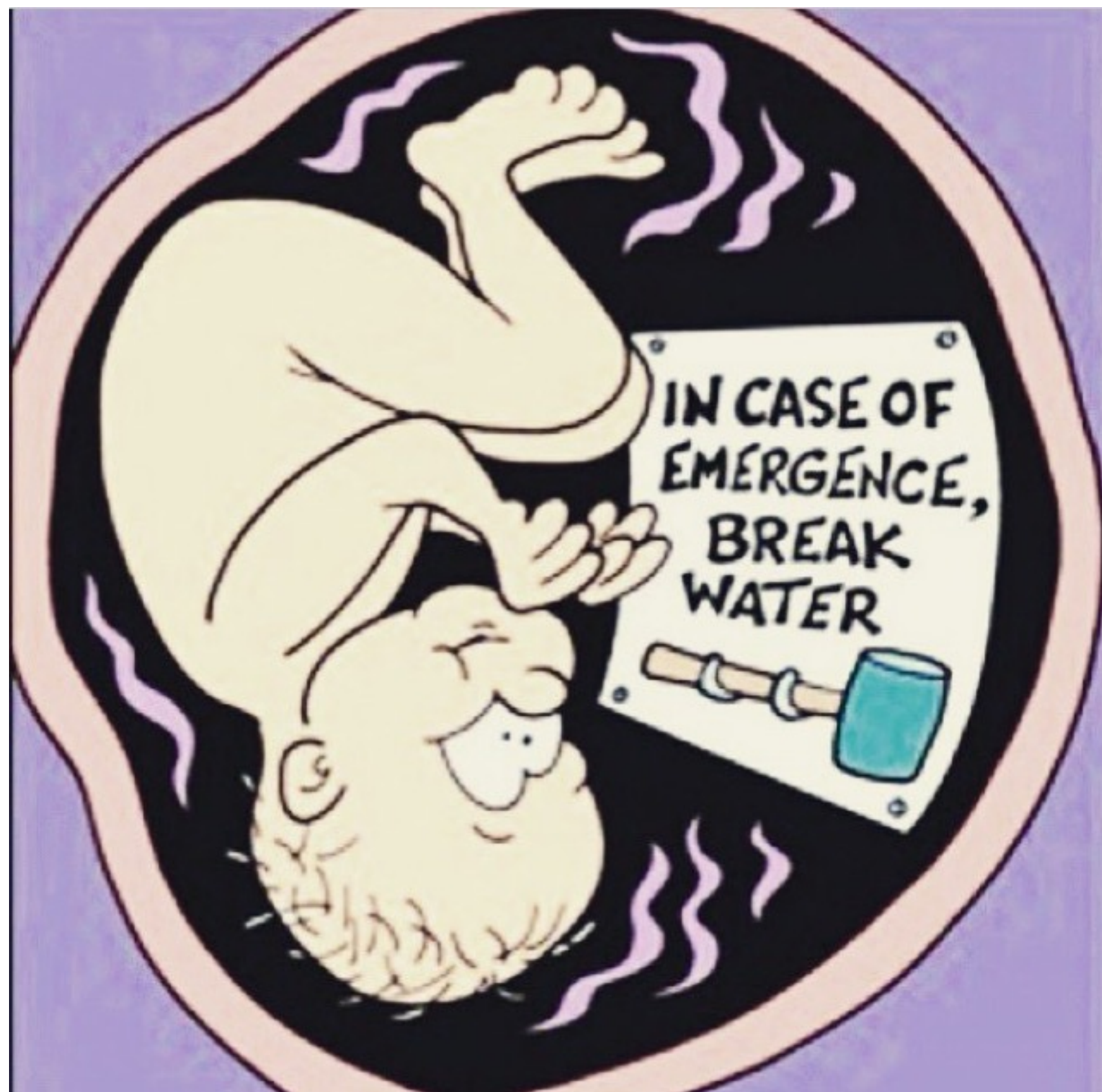
MASTOLOGIA

VINICIUS PACHECO ZANLORENCI

31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA





AMNIORREXIS PREMATURA

- RUPTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES: definida como a ruptura das membranas antes das contrações uterinas
 - pré-termo: ocorre antes de 37 semanas de gestação
 - termo: após 37 semanas
- Associada com aproximadamente 1/3 dos casos de prematuridade

AMNIORRHEXIS PREMATURA

- Um dos temas mais controversos na obstetrícia
 - diagnóstico correto
 - conduta expectante x intervencionista
 - uso de tocolíticos
 - duração do uso de profilaxia antibiótica
 - administração de corticoide
 - métodos para diagnóstico de maturidade pulmonar
 - métodos de rastreamento infeccioso
 - momento do parto

AMNIORRHEXIS PREMATURA

- INCIDÊNCIA
 - aproximadamente 3% das gestações: 0.5 % antes de 27 semanas; 1% entre 27 a 34 semanas; 1% entre 34 a 37 semanas
- PATOGÊNESE
 - não completamente bem esclarecida; deriva de proteínas extracelulares, fibronectina e laminina.
 - variedade de eventos patológicos (inflamação, infecção, sangramentos) podem levar a iniciar cascata de alterações bioquímicas

ASPECTOS CLÍNICOS

- FATORES DE RISCO
 - **antecedente de amniorrexia prematura:** grande estudo conduzido pelo National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network, observou que mulheres com antecedente de RPMO e parto prematuro tiveram chance de recorrência de 13.5% numa gestação subsequente quando comparadas com risco de 4.1% em pacientes sem história previa (risco relativo [RR] 3.3, 95% CI 2.1-5.2) [Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 1999; 181:1216.](#)
 - **infecção do trato genital:** é o fator de risco identificável mais associado a RPMO. Associação de vaginose bacteriana com aumento do risco [Parry S, Strauss JF 3rd. Premature rupture of the fetal membranes. N Engl J Med 1998; 338:663.](#)
 - sangramentos anteparto
 - tabagismo

ASPECTOS CLÍNICOS

- História clínica: perda vaginal de líquido com odor característico
- Exame físico: visualização de saída de líquido pelo colo
- Achados ultrassonográficos: de 50 a 70 % das pacientes apresentam-se com diminuição do ILA

ASPECTOS CLÍNICOS

- A maioria das gestações com RPMO evoluem para parto em 1 semana
- O feto e o neonato apresentam risco aumentado de complicações
- Riscos da prematuridade variam com a idade gestacional e aumentam com associação com corioamnionite
- Risco aumentado de desenvolver infecções; maior nos partos cesariana
- Associação com descolamento prematuro de placenta
- Maior chance de apresentações anômalas
- Oligodramnio pode estar associado com hipoplasia pulmonar, deformações faciais e ortopédicas

Pregnancy complications associated with preterm premature rupture of membranes (PPROM)

Pregnancy complication	Potential consequences for offspring	Potential maternal consequences
Intrauterine infection	Neonatal sepsis Long-term neurodevelopmental abnormalities, particularly cerebral palsy	Postpartum endometritis
Umbilical cord compression	Fetal asphyxia	Cesarean delivery
Oligohydramnios	Limb restriction deformities and pulmonary hypoplasia (primarily with severe oligohydramnios in the early to mid second trimester). These complications are rare when membrane rupture occurs after 23 weeks.	
Fetal malpresentation		Cesarean delivery
Umbilical cord prolapse	Fetal asphyxia	Cesarean delivery
Abruptio placentae	Fetal asphyxia	Cesarean delivery Coagulopathy
Preterm birth	Morbidity of prematurity, including respiratory abnormalities, intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, retinopathy of prematurity, patent ductus arteriosus	

DIAGNÓSTICO

- História clínica típica e exame físico: visualização direta, manobra de valsalva, teste do forro
- Teste de pH vaginal
- Teste da cristalização
- Teste do fenol
- Amnissure : teste rápido que utiliza métodos de imunocromatografia que detecta traces de proteína alpha microglobulina-1 no fluido vaginal
- Exame ultrassonográfico





CONDUTA

- Idade gestacional
- presença de infecção
- trabalho de parto
- apresentação fetal
- vitalidade fetal
- maturidade pulmonar fetal
- maturação cervical
- disponibilidade de uti neonatal

[Lorthe E, Ancel PY, Torchin H, et al. Impact of Latency Duration on the Prognosis of Preterm Infants after Preterm Premature Rupture of Membranes at 24 to 32 Weeks' Gestation: A National Population-Based Cohort Study. J Pediatr 2017; 182:47.](#)

[Manuck TA, Maclean CC, Silver RM, Varner MW. Preterm premature rupture of membranes: does the duration of latency influence perinatal outcomes? Am J Obstet Gynecol 2009; 201:414.e1.](#)

[Frenette P, Dodds L, Armson BA, Jangaard K. Preterm prelabour rupture of membranes: effect of latency on neonatal and maternal outcomes. J Obstet Gynaecol Can 2013; 35:710.](#)

Ponto chave é definir conduta expectante x conduta intervencionista. Prolongar a gestação entre 24 a 34 semanas não piora o prognóstico neonatal e há benefício para o produto conceptual.

CONDUTA

- ADMINISTRAÇÃO DE CORTICÓIDE
 - Deve ser administrado entre 24 e 34 semanas e reduz a chance de óbito neonatal, distress respiratório, hemorragia intraventricular e duração de suporte respiratório neonatal sem aumentar a chance de infecção materna ou neonatal

[Park CK, Isayama T, McDonald SD. Antenatal Corticosteroid Therapy Before 24 Weeks of Gestation: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol 2016; 127:715.](#)

[Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3:CD004454.](#)

CONDUTA

- ANTIBIÓTICOS

- profilaxia é indicada para prolongar o período de latência e reduzir o risco de infecção (causa e consequência de RPMO).

Revisão sistemática em 2013 de 22 estudos caso controle com mais de 6800 mulheres com uso de antibiótico concluiu que o uso de antibióticos foi associado com redução significativa no risco de:

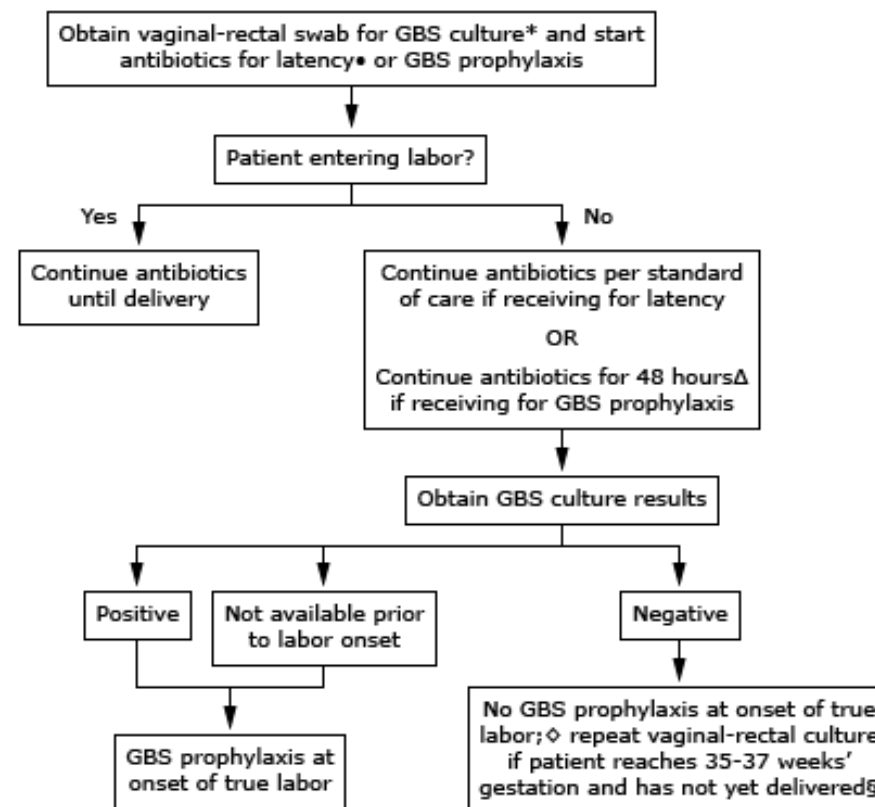
- corioamnionite ([RR] 0.66, 95% CI 0.46-0.96)
- parto em 48 horas (RR 0.71, 95% CI 0.58-0.87) e 7 dias (RR 0.79, 95% CI 0.71-0.89)
- infecção neonatal (RR 0.67, 95% CI 0.52-0.85)
- uso de surfactante (RR 0.83, 95% CI 0.72-0.96)
- necessidade de oxigênio neonatal (RR 0.88, 95% CI 0.81-0.96)
- anormalidades ultrassonográficas cerebrais neonatais (RR 0.81, 95% CI 0.68-0.98)

[Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD001058.](#)

CONDUTA

- ANTIBIÓTICOS
 - regime de amplo espectro que possa abranger os patógenos envolvidos na pelve
 - Azitromicina 1g na admissão
 - Ampicilina 2g a cada 6 horas durante 48 horas
 - Amoxicilina 500mg 8/8 horas por 5 dias
- Quimioprofilaxia para GBS

CDC algorithm for screening for GBS in PROM before 37 weeks of gestation



CDC: Centers for Disease Control and Prevention; GBS: group B streptococcus; PROM: premature rupture of membranes.

* If patient has undergone vaginal-rectal GBS culture within the preceding 5 weeks, the results of that culture should guide management. GBS-colonized women should receive intrapartum antibiotic prophylaxis. No antibiotics are indicated for GBS prophylaxis if a vaginal-rectal screen within 5 weeks was negative.

• Antibiotics given for latency in the setting of pPROM that include ampicillin 2 g intravenously (IV) once, followed by 1 g IV every 6 hours for at least 48 hours are adequate for GBS prophylaxis. If other regimens are used, GBS prophylaxis should be initiated in addition.

Δ GBS prophylaxis should be discontinued at 48 hours for women with pPROM who are not in labor. If results from a GBS screen performed on admission become available during the 48-hour period and are negative, GBS prophylaxis should be discontinued at that time.

◇ Unless subsequent GBS culture prior to delivery is positive.

§ A negative GBS screen is considered valid for 5 weeks. If a patient with pPROM is entering labor and had a negative GBS screen >5 weeks prior, she should be rescreened and managed according to this algorithm at that time.

Reproduced from: Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC, 2010. MMWR 2010; 59:No. RR-10.

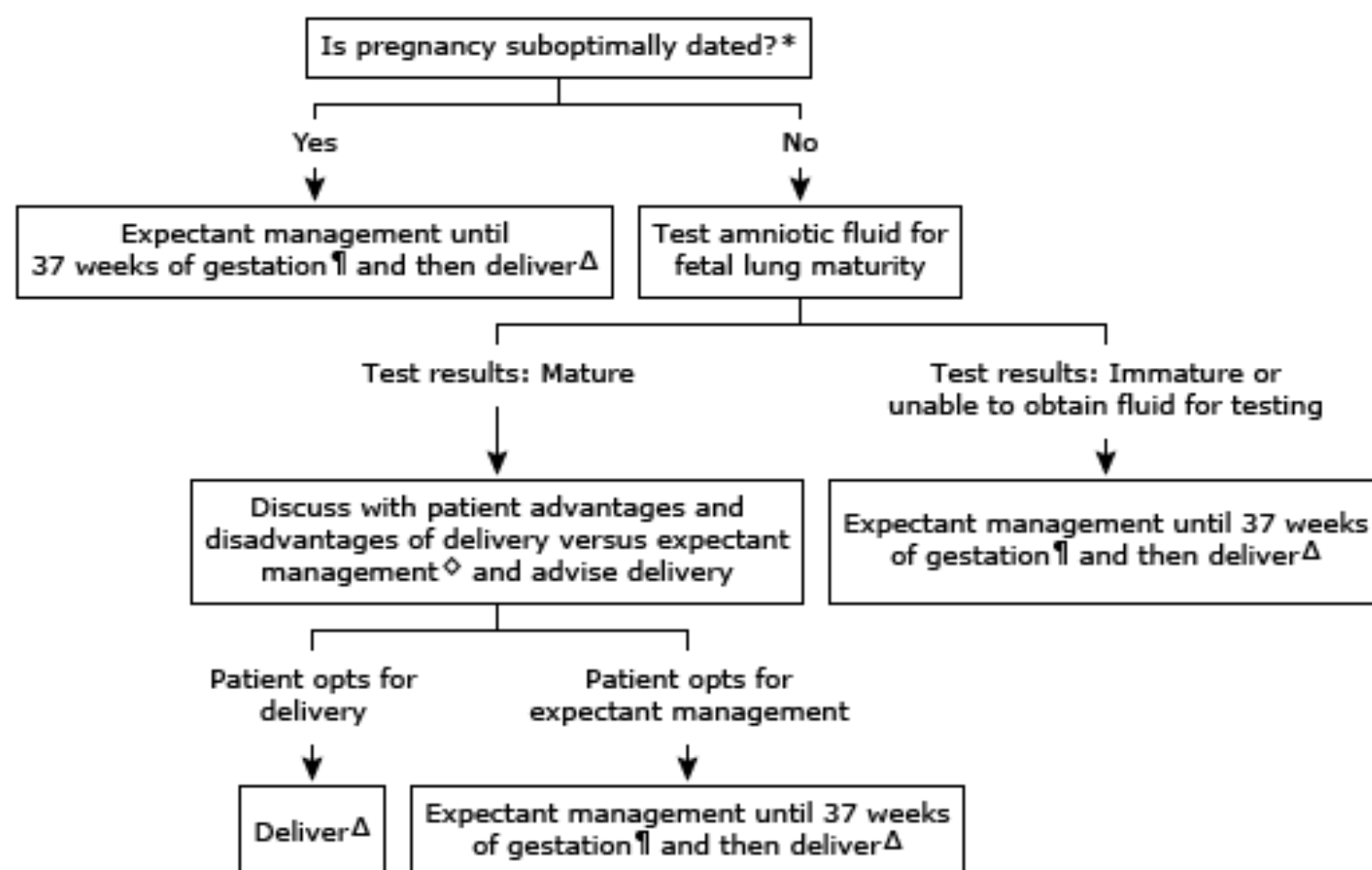
CONDUTA

- TOCOLÍTICOS
 - Tentativa de adiar o parto por 48 horas para administração de corticoide
 - uso controverso
 - não deve ser feito se trabalho de parto efetivo ou suspeita de corioamnionite, sofrimento fetal
- USO DE PROGESTERONA
 - Não demonstrou benefício

CONDUTA

- MONITORIZAÇÃO MATERNA
 - sinais vitais: atentar para taquicardia, febre
 - hemograma e PCR a cada 3 dias
- MONITORIZAÇÃO FETAL
 - Perfil biofísico fetal, cardiotocografia
 - não há consenso sobre melhor teste
 - atentar para sinais de taquicardia fetal
 - oligodramnio isolado não é um teste com sensibilidade para predizer piora nos resultados perinatais

Algorithm for expectantly managed pregnancies with PPROM that reach 34 weeks of gestation



* The American College of Obstetricians and Gynecologists considers pregnancies "suboptimally dated" in the absence of an ultrasound examination before 22+0 weeks of gestation confirming or revising the estimated date of delivery.

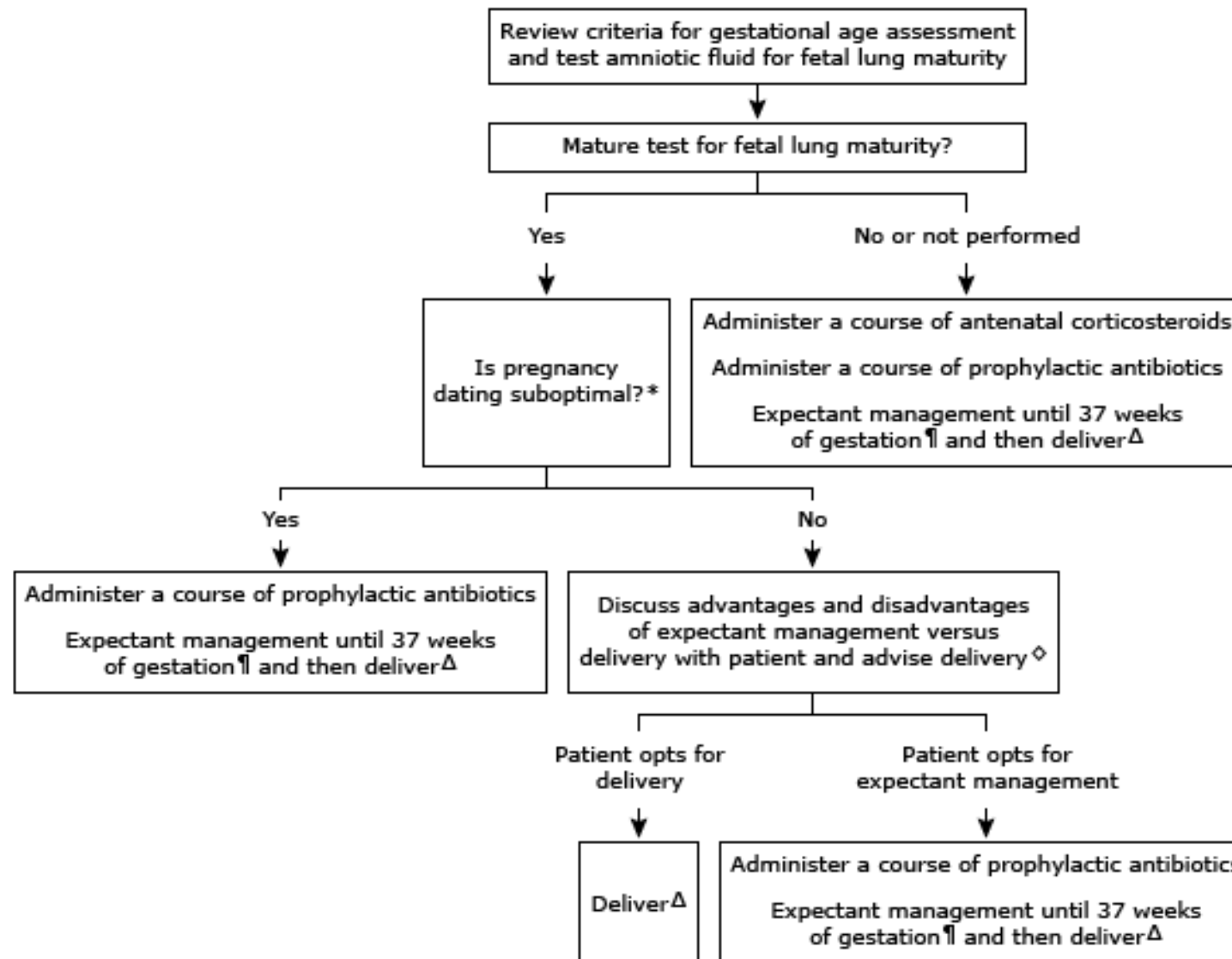
¶ Refer to UpToDate topic on preterm premature rupture of membranes for discussion of the components of expectant management. Terminate expectant management and deliver before 37 weeks if patient develops a standard indication for delivery (eg, chorioamnionitis, abruption, nonreassuring fetal testing, etc).

Δ Labor is induced if there are no contraindications to vaginal delivery; cesarean delivery is performed for standard indications. Misoprostol or another prostaglandin can be used for cervical ripening if the cervix is unfavorable and there are no contraindications to its use.

◇ Refer to UpToDate topic on preterm premature rupture of membranes for discussion of the advantages and disadvantages of expectant management versus delivery.

UpToDate®

Algorithm for managing pregnancies first presenting with PPRM at 34+0 to 36+6 weeks of gestation



* The American College of Obstetricians and Gynecologists considers pregnancies "suboptimally dated" in the absence of an ultrasound examination before 22+0 weeks of gestation confirming or revising the estimated date of delivery.

¶ Refer to UpToDate topic on preterm premature rupture of membranes for a discussion of the components of expectant management. Women are hospitalized during expectant management. Terminate expectant management and deliver if any standard indications for delivery develop (eg, chorioamnionitis, nonreassuring fetal tracing, abruption, etc).

Δ Labor is induced if there are no contraindications to vaginal delivery; cesarean delivery is performed for standard indications. Misoprostol or another prostaglandin can be used for cervical ripening if the cervix is unfavorable and there are no contraindications to its use.

◇ Refer to UpToDate topic on preterm premature rupture of membranes for a discussion of the advantages and disadvantages of expectant management versus delivery.

MOMENTO DO PARTO

- Metanálise publicada em 2017 (12 estudos, 3617 mulheres, 3628 neonatos) comparando conduta expectante até 37 semanas na ausência de comprometimento materno ou fetal com parto planejado antes de 37 semanas
 - risco reduzido de
 - Síndrome de distress respiratório (RR 1.26, 95% CI 1.05-1.53)
 - Necessidade de ventilação mecânica (RR 1.27, 95% CI 1.02-1.58)
 - Admissão em UTI neonatal (RR 1.16, 95% CI 1.08-1.24)
 - Óbito neonatal (RR 2.55, 95% CI 1.17-5.56)
 - não houve redução de sepsis neonatal (RR 0.93, 95% CI 0.66-1.30), hemoculturas positivas (RR 1.24, 95% CI 0.70-2.21), mortalidade perinatal (RR 1.76, 95% CI 0.89-3.50), ou óbito fetal (RR 0.45, 95% CI 0.13-1.57).
 - Para mãe parto planejado antes de 37 semanas resultou em
 - menores taxas de corioamnionite (RR 0.50, 95% CI 0.26-0.95)
 - menor tempo de hospitalização (diferença média -1.75 dias, 95% CI -2.45-1.05)
 - maiores taxas de cesariana (RR 1.26, 95% CI 1.11-1.44)
 - maior freqüência de endometrite (RR 1.61, 95% CI 1.00-2.59)

MOMENTO DO PARTO

- Neuroproteção com Sulfato de Magnésio (abaixo de 32 semanas)
- Via de parto obstétrica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A conduta de pacientes com RPMO deve levar em conta vários aspectos: idade gestacional, UTI neonatal, presença de infecção , sinais de trabalho de parto, apresentação fetal, vitalidade fetal
- Na evidência de infecção, sofrimento fetal ou suspeita de descolamento de placenta deve ser realizado o parto com urgência
- Pacientes estáveis com menos de 34 semanas de gestação podem ter conduta expectante (grau 2C)
- Recomenda uso de corticoide (Grau 1A)
- Uso de antibióticos é recomendado
- Pacientes com mais de 34 semanas de gestação e maturidade pulmonar, conduta intervencionista é recomendado (grau 2C); na incerteza quanto a data correta da gestação e paciente e feto estáveis, pode-se manter conduta expectante até 37 semanas de gestação

muito obrigado!!!

vinicius.zanlorenzi@gmail.com