

# SARCINĂ CU SINDROM DE BRIDE AMNIOTICE SITUATE ÎN REGIUNEA CEFALICĂ A FĂTULUI

## *Pregnancy and amniotic band syndrom with cephalic localization*

Dr. Liliana Neșțianu<sup>1</sup>, Dr. Florin Popescu<sup>1</sup>, Dr. Marius Calomfirescu<sup>2</sup>,  
Dr. Mihaela Demetrian<sup>1</sup>, Erick Neșțianu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Spitalul Clinic „Filantropia“, București

<sup>2</sup>Cabinet Dr. Calomfirescu Marius Vicea, București

<sup>3</sup>Student, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

### REZUMAT

„Sindromul de bride amniotice“ este o maladie congenitală ce cauzează blocarea unor părți fetale (de obicei membre sau degete) în uter între niște benzi fibroase formate la nivelul amniosului.

**Obiective.** Prezentăm în articol un caz particular de sarcină în cadrul sindromului de bride amniotice, în care bridele sunt de grosimi mai mari decât de obicei, prezintă vascularizație, sunt localizate în regiunea cefalică a fătului și amprentează fața și regiunea temporoparietală a acestuia.

**Material și metodă.** Este vorba de o gravidă secundipară în vârstă de 28 ani, la care în timpul sarcinii s-au depistat bride amniotice, încă de la primele ecografii. Sarcina s-a monitorizat atent pentru a vedea consecințele prezenței bridelor la nivelul craniului fetal.

**Rezultate.** Sarcina a evoluat până la 33 de săptămâni, iar nou-născutul a prezentat la naștere amprente ale prezenței bridelor fără caracter invalidant.

**Concluzii.** Ecografiile efectuate pe parcursul sarcinii trebuie să aibă o mare acuratețe, ceea ce permite o urmărire corectă și aprecierea corectă a prognosticului postpartum a fătului.

**Cuvinte cheie:** bride amniotice, naștere prematură

### ABSTRACT

Amniotic Band Syndrome is a group of congenital birth defects believed to be caused by entrapment of fetal parts (usually a limb or digits) in fibrous amniotic bands while „in utero“.

**Objectives.** We present in this article a particular case of the syndrome; the bands are thicker than usual, are vascularized and are localized in the cephalic region of the fetus. The bands leave an imprint on the face of the fetus and the temporoparietal region.

**Materials and method.** In this case the patient is a pregnant secundiparous at the age of 28 years. Amniotic bands were discovered at the first sonography. The situation was closely monitored to see how the band would affect the normal development of the fetus head.

**Results.** The patient gave birth at 33 weeks. The newborn presented noninvalidating marks caused by the bands.

**Conclusions.** The sonographies must be of a superior quality, so that the fetus can be correctly monitored throughout the pregnancy.

**Keywords:** amniotic band syndrom, preterm labor

### OBIECTIVE

Sindromul de bride amniotice, cunoscut ca „sindrom de benzi amniotice“, „benzi constrictive congenitale“, „amniotic band syndrome“, „ADAM complex“, „Amniotic band sequence“, „congenital constriction bands“, „Pseudoainhum“ este o maladie congenitală ce cauzează blocarea unor părți fe-

tale (de obicei membre sau degete) în uter între niște benzi fibroase formate la nivelul amniosului (1-3).

Incidența se consideră a fi 1/1.200 de nou-născuți vii, se asociază în proporție de 50% cu grade diferite de anomalii ale palatului moale și dur, iar 80% dintre nou-născuți prezintă anomalii ale membrilor sau degetelor. Se apreciază că sindromul este

Autor corespondent:

Dr. Liliana Neșțianu, Spitalul Clinic „Filantropia“, Str. Costache Negri nr. 29, București

E-mail: liliananestianu@yahoo.com

răspunzător de producerea a aproximativ 200 de avorturi la 10.000 de sarcini (4).

Este considerat un eveniment accidental, fără să se considere a fi un sindrom genetic sau cu o componentă ereditară (5).

Nu se cunosc măsuri care să prevină apariția acestui sindrom, deoarece nu se știe de ce se produce ruptura amniosului (5).

Sunt două teorii care explică apariția acestui sindrom. Prima susține că apariția bridelor se datorează unei rupturi parțiale a sacului amniotic care implică numai amniosul, corionul rămânând intact. Benzile fibroase rezultate prin ruptura amniosului plutesc în lichidul amniotic și pot înconjura diferite părți fetale. Odată cu evoluția fătului, acesta crește, dar benzile nu cresc și devin constrictive. Circulația la aceste niveluri este afectată și fătul se naște cu anomalii congenitale, cum ar fi amputații de membre sau degete (1,6). O altă teorie este cea care susține o afectare vasculară (perturbare vasculară) (1,6).

## MATERIAL ȘI METODĂ

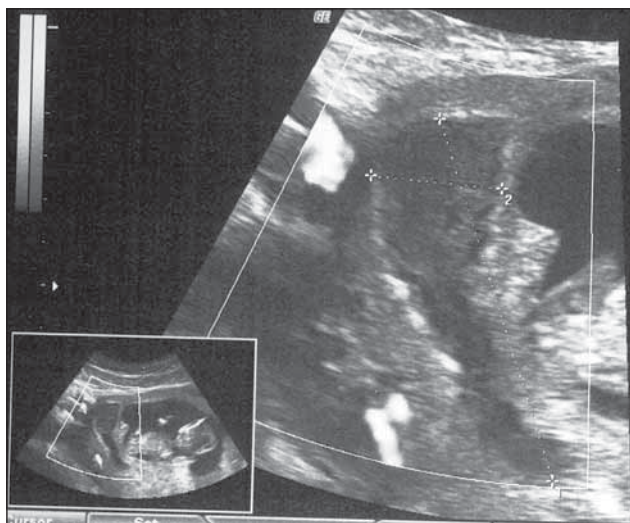
Pacienta C.S. în vârstă de 28 ani, secundipară.

Din antecedentele personale reținem o naștere pe cale vaginală în urmă cu 3 ani cu un făt la termen cu greutatea la naștere 3.600 g. Postpartum pacienta prezintă la 7 zile temperatură, este reinternată și se pune diagnosticul de endometrită postpartum. Face tratament cu antibiotice și se practică chiuretaj uterin urmate de evoluție favorabilă. Ulterior pacienta rămâne gravidă spontan la 2 ani și 5 luni ani de la sarcina anterioară.

În cursul monitorizării sarcinii actuale la ecografia de la 7 săptămâni nu s-a evidențiat nimic anormal. La 8 săptămâni de sarcină pacienta începe să piardă sânge pe cale vaginală în cantitate redusă și începe să facă tratament cu progesteron administrat intravaginal 600 mg/zi. La ecografia de 12 săptămâni se constată o zonă anecogenă, cu aspect de semilună, de 44,1/15,4 mm la nivelul peretelui uterin drept, care a fost interpretată în contextul clinic ca un hematom decidual.

Sarcina a evoluat ulterior fără nici un semn patologic major până la 18 săptămâni, când pacienta prezintă un episod de contracții uterine dureroase, motiv pentru care se prezintă la medic, unde la examenul clinic se constată un tonus uterin bazal ușor crescut și contracții uterine dureroase rare nesistematizate, iar ecografic se observă prezența de multiple benzi amniotice. În urma tratamentului tocolitic administrat simptomatologia s-a remis.

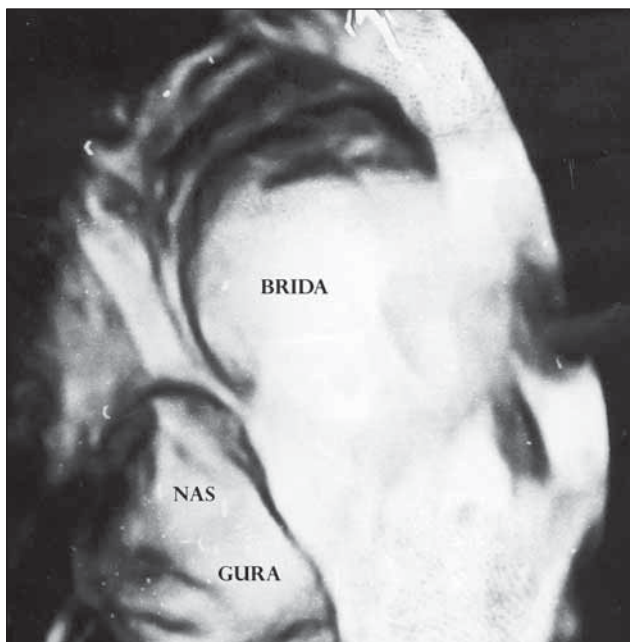
Ulterior, la ecografia de 22 de săptămâni, se constată:



**FIGURA 1.** Imagine hipoecogenă care a fost interpretată ca hematom decidual



**FIGURA 2.** La ecografia de la 12 săptămâni se observă prezența unei bride care amprentează fața fătului



**FIGURA 3.** Imagine cu bridele care au contact strâns cu craniul fetal (imaginea este surprinsă când fătul avea încă poziție fixă, nu se mobilizase dintre bride)

- Discordanță între vârsta gestațională (21,2 săptămâni) și vârsta ecografică (19,4 săptămâni).
  - Craniul fetal situat la polul superior al uterului. La nivelul craniului, imediat deasupra orbitelor, se observă o structură (bandă amniotică) care amprentează craniul fetal. Fătul menține aceeași poziție la examinări succesive. Morfologia fetală în limite normale.
- O a doua opinie (la aceeași vârstă de sarcină) arată:
- Creștere fetală discordantă cu ultima menstruație
  - Bridă amniotică stângă până la nivel nucal în contact cu tegumentul fetal. Fătul menține aceeași poziție fixă la examinări succesive.

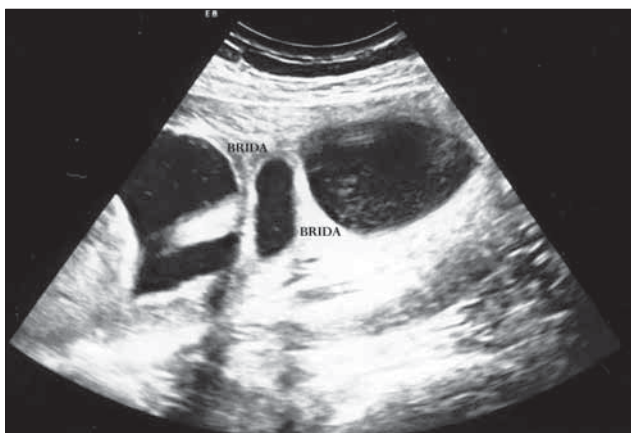


FIGURA 4. *Bride amniotice*

La 2 săptămâni se repetă ecografia și se constată că fătul s-a mobilizat din poziția fixă pe care o avea și prezintă mișcări la nivelul tuturor segmentelor, dar mai reduse. Se mai observă: benzi amniotice multiple (3 individuale evidențiate, 2 stânga mai groase și cu vascularizație evidențiată în grosimea lor) anterior și spre flancurile cavității, aparent fără continuitate stânga dreapta. Placenta și extremitatea cefalică fetală situate fundic față de planul creat de bridele amniotice.

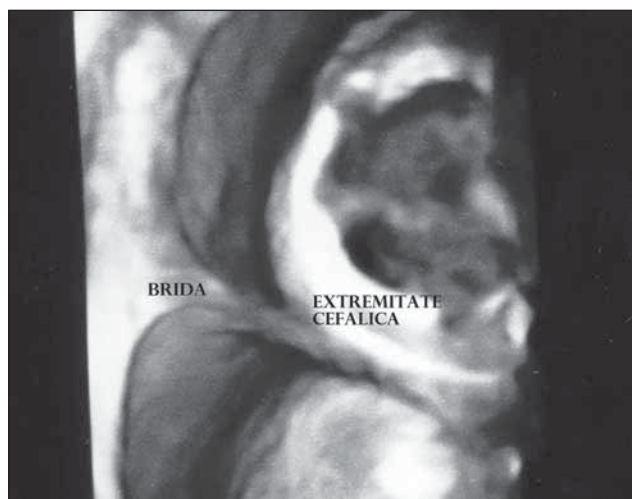


FIGURA 5. *Bride amniotice*

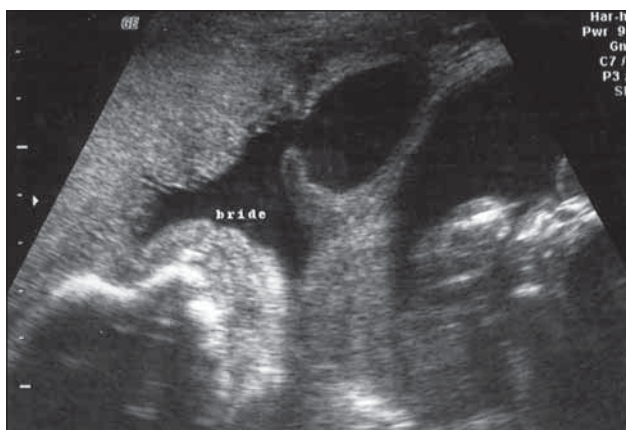


FIGURA 6. *Bride amniotice*

Sarcina continuă cu mici episoade de contracții uterine dureroase. Pacienta face cură cu corticoizi pentru maturare fetală. La 30 de săptămâni și 2 zile se rup spontan membranele și se practică operație cezariană pentru sarcină 30 de săptămâni, făt în prezență pelviană. Se extrage un făt viu de sex feminin, cu greutatea de 1.300 g. Apgar 7. Intraoperator delivrența placentei nu s-a făcut spontan și s-a practicat extracție intraoperatorie a placentei. În cursul manevrei decolarea acesteia a fost îngreunată de prezența bridelor care dădeau impresia prezenței unui spațiu cu multiple compartimente, placenta fiind inserată în aceste compartimente. Placenta a fost scoasă fragmentar cu mare dificultate. Apoi s-a practicat control instrumental al cavității uterine, și acesta făcându-se cu dificultate, deoarece geodele care erau la nivelul peretelui uterin și în care se dezvoltase placenta erau greu accesibile introducerii chiuretei postpartum. Ulterior, retractor uterină a fost eficientă și s-a suturat tranșa.



FIGURA 7. *Nou-născutul în prima zi de viață*

La naștere, nou-născutul a avut greutatea de 1.300 g și nu a necesitat suport ventilator. La nivelul craniului nou-născutului s-a observat o asimetrie



atât a cutiei craniene în regiunea temporoparietală stângă, cât și a feței tot în partea stângă. Asimetria era dată de amprenta pe care bridele au lăsat-o pe partea stângă a craniului și feței. În timp forma capului și-a revenit la normal.

Nou-născutul nu a prezentat nici un fel de afectare la nivelul palatului dur sau moale.

La 7 zile postpartum s-a efectuat ecografie de control care arată o involuție normală a uterului.



FIGURA 8. Aspectul uterului la 7 zile postpartum

## REZULTATE

Urmărirea ecografică cu mare atenție și acuratețe a făcut ca aprecierea asupra dezvoltării fătului să fie

corectă. Astfel, aprecierea unei dezvoltări normale a structurilor craniene a fost reală. Faptul că s-a constatat că fătul s-a dizlocat din poziția fixă pe care a avut-o până la 20 de săptămâni a fost elementul de prognostic cel mai bun care ne-a făcut să credem într-o evoluție ulterioară bună a sarcinii, fără sechele majore.

Nașterea prematură nu a putut fi preîntâmpinată, deși pacienta a beneficiat de tratament tocolitic.

## CONCLUZII

Deși este un sindrom foarte rar, gravitatea prezenței sindromului de bride amniotice este mare. Acuratețea examenului ecografic face ca diagnosticul să fie precoce și urmărirea sarcinii să se facă cu mare atenție.

Particularitatea cazului prezentat este aceea că bridele aveau o grosime mai mare decât în mod obișnuit, aveau vascularizație, iar localizarea la nivelul capului fetal este neobișnuită și a lăsat amprentă pe forma capului și a feței, fără a avea caracter invalidant sau care să lase sechele.

Tot ca o particularitate a fost și faptul că, deși fătul a stat într-o poziție fixă până la 22 de săptămâni, dezvoltarea structurilor craniene a fost normală. Fătul nu a prezentat defecte ale palatului dur sau moale, deși literatura de specialitate dă procente mari de asociere a acestor anomalii în cadrul sindromului de bride amniotice.

## BIBLIOGRAFIE

1. F. Cunningham, Catherine Spong, Dwight Rouse, John Hauth, Kenneth Leveno, Steven Bloom – Williams Obstetrics, 23rd Edition, McGraw-Hill Professional, 2009
2. Michael Entezami, Matthias Albig, Adam Gasiorek-Wiens – Ultrasound Diagnosis of Fetal Anomalies, Thieme, 2004
3. Pelinescu-Onciul D. – Ecografia în obstetrică, Editura Medicală Amaltea, București, 1998
4. Walter J.H., Goss L.R., Lazzara A.T. – Amniotic band syndrome. *The Journal of foot and ankle surgery: official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 1998, 37(4):325-33
5. Arthur Haney, Ronald Gibbs, Beth Karlan, Ingrid Nygaard – Danforth's Obstetrics and Gynecology, Tenth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2008
6. Light T.R., Ogden J.A. – Congenital constriction band syndrome. Pathophysiology and treatment. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1993; 66(3):143-55