

## RELATO DE CASO

## RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

## PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES: A LITERATURE REVIEW

Jessye Christie Chagas Ribeiro<sup>1</sup>, Ana Virginia Gama<sup>2</sup>.

## RESUMO

Introdução Ruptura prematura de membranas (RPM) é a ruptura das membranas fetais antes do início do trabalho de parto. A incidência da RPM é de 2,7 a 7% na China e de 5 a 15% na América. Na maioria dos casos, isso ocorre a curto prazo; no entanto, quando a ruptura da membrana ocorre antes de 37 semanas de gestação, ela é conhecida como ruptura prematura pré-termo das membranas (RPPM). Metodologia Foi realizada uma pesquisa nas bases Science Direct e Google Scholar para publicações recentes sobre a ruptura prematura de membranas. Não houve seleção com base na metodologia do estudo. Resultados As faixas de idade gestacional na RPPM são amplas e diferem amplamente entre os estudos. Portanto, os resultados gerais não estratificados não permitem comparações apropriadas. Amostras pequenas não fornecem estimativas precisas. Conclusão Melhorar o prognóstico dessas gestações provavelmente requer repensar as políticas de atenção de forma multidisciplinar, envolvendo obstetras, neonatologistas, redes de atenção, associações de pais e formuladores de políticas.

**Palavras-chave:** Ruptura prematura de membranas, ruptura prematura pré-termo das membranas, gestação.

## ABSTRACT

Introduction Premature rupture of membranes (RPM) is the rupture of fetal membranes before the onset of labor. The incidence of RPM is 2.7 to 7 percent in China and 5 to 15 percent in America. In most cases, this occurs in the short term; however, when membrane rupture occurs before 37 weeks of gestation, it is known as premature preterm rupture of membranes (RPPM). Methodology A research was conducted at the bases Science Direct and Google Scholar for recent publications on premature rupture of membranes. There was no selection based on the study methodology. Results Gestational age ranges in RPPM are broad and differ widely across studies. Therefore, non-stratified overall results do not allow for appropriate comparisons. Small samples do not provide accurate estimates. Conclusion Improving the prognosis of these pregnancies probably requires rethinking care policies in a multidisciplinary way, involving obstetricians, neonatologists, care networks, parental associations and policy makers.

**Keywords:** Premature rupture of membranes, preterm premature rupture of membranes, gestation.

 ACESSO LIVRE

**Citação:** Ribeiro JCC, Gama AV (2018) Ruptura prematura de membranas: uma revisão de literatura. Revista de Patologia do Tocantins, 5(3): 65-67.

**Instituição:** <sup>1</sup>Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Tocantins, Tocantins, Brasil; <sup>2</sup>Médica Ginecologista e Obstetra, Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos, Tocantins, Brasil.

**Autor correspondente:** Jessye Christie Chagas Ribeiro Chagas Ribeiro; jessye01@hotmail.com

**Editor:** Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 09 de setembro de 2018.

**Direitos Autorais:** © 2018 Ribeiro et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

## INTRODUÇÃO

Ruptura prematura de membranas (RPM) é a ruptura das membranas fetais antes do início do trabalho de parto. A incidência da RPM é de 2,7 a 7% na China e de 5 a 15% na América<sup>1</sup>. Na maioria dos casos, isso ocorre a curto prazo; no entanto, quando a ruptura da membrana ocorre antes de 37 semanas de gestação, ela é conhecida como ruptura prematura pré-termo das membranas (RPPM). A RPPM é um dos subtipos clínicos de parto prematuro e ocorre em aproximadamente 3% das gestações, resultando em um terço dos nascimentos prematuros. Continua a ser a principal causa de partos prematuros e mortalidade e morbidade neonatal<sup>2</sup>.

Um parto prematuro pode ser subdividido de acordo com a idade gestacional: cerca de 5% dos nascimentos prematuros ocorrem em <28 semanas (prematividade extrema), ~ 15% em 28e31 semanas (prematividade grave), ~ 20% a 32e33 semanas (prematividade moderada) e 60e70% a 34e36 semanas (curto prazo)<sup>3</sup>.

Os fatores associados à RPPM incluem menor nível socioeconômico, parto prematuro anterior, RPM anterior, doenças sexualmente transmissíveis, sangramento vaginal, doenças do tecido conjuntivo, tabagismo e hiperdistensão do útero. No entanto, há casos em que as causas reconhecíveis de RPM estão ausentes. O significado clínico e o manejo da RPPM ainda são controversos. Embora a RPM esteja associada a um baixo índice de complicações, a RPPM pode levar à morbidade neonatal e materna significativa<sup>4</sup>.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa nas bases Science Direct e Google Scholar para publicações recentes sobre a ruptura prematura de membranas utilizando a palavra chave: *premature rupture of membranes*. Foram selecionados 17 artigos como potencialmente úteis. Finalmente, foram incluídos para a revisão 12 artigos, não havendo seleção com base na metodologia do estudo.

## RESULTADOS

Fetos expostos à RPPM precoce enfrentam riscos aumentados de complicações obstétricas (descolamento prematuro da placenta, prolapso do cordão e infecção) e fetais (hipoplasia pulmonar, deformidades nos membros, prematuridade e óbito no útero)<sup>5,6,7</sup> com consequências adversas potenciais a curto e longo prazo.

Com esses altos riscos de prematuridade extrema e incapacidade severa, o atendimento pré-natal requer considerar a incerteza sobre o prognóstico neonatal e os riscos de complicações maternas graves, particularmente a sepse. As opções de manejo são a indução do trabalho de parto, seja imediatamente<sup>6</sup> ou em casos de oligoâmnio grave ou corioamnionite<sup>8</sup>, ou manejo expectante com antibióticos e com esteroides, uma vez que a viabilidade seja alcançada<sup>6</sup>.

A maioria das diretrizes clínicas afirma que, com a RPPM precoce, as equipes obstétrica e pediátrica devem compartilhar uma avaliação realista e individualizada dos resultados neonatais com os pais e considerar seus desejos para todas as decisões<sup>6,8,9</sup>. No entanto, atualmente não se tem

dados confiáveis e relevantes, de acordo com a idade gestacional (IG) na RPPM, para aconselhar adequadamente os pais durante a gravidez e refletir sobre nossas políticas de cuidado nessas IGs extremas. De fato, os dados baseados em evidências sobre complicações da gravidez são escassos: os dados disponíveis são provenientes principalmente de pequenos estudos retrospectivos, muitas vezes restritos a mulheres elegíveis para tratamento expectante, o que leva a superestimar a sobrevida neonatal<sup>6,9,10</sup>.

Devido aos altos riscos de prematuridade extrema e incapacidade grave, um ponto-chave no atendimento pré-natal é informar adequadamente os pais que enfrentam a RPPM às 22 e 25 semanas e considerar seus desejos em todas as decisões<sup>5,6,8,12,14</sup>. No entanto, neste contexto, a informação dada aos pais e as decisões gerenciais resultantes dependem muito pouco das características individuais e socioeconômicas e clínicas (exceto para a IG), mas são amplamente influenciadas pela instituição e pela comunidade. praticante que fornece as informações<sup>12,13</sup>.

Existe, de fato, uma grande variabilidade na maneira como os cuidadores entendem o prognóstico da RPPM precoce, incluindo o comprometimento do neurodesenvolvimento, e sua disposição em propor tratamento ativo<sup>14</sup>. Essa variabilidade pode ser explicada por variações significativas nas taxas de sobrevivência publicadas com a RPPM precoce, deixando os praticantes com uma grande incerteza. De fato, a sobrevida relatada após o início do RPPM varia de 20 a 85%, a sobrevida sem morbidade grave de 20 a 70% e a paralisia cerebral de 0 a 10%<sup>7,9,10,15,16</sup>.

As faixas de IG na RPPM são amplas e diferem amplamente entre os estudos; Portanto, os resultados gerais não estratificados não permitem comparações apropriadas. Amostras pequenas não fornecem estimativas precisas<sup>9,10,16</sup>.

## CONCLUSÃO

Melhorar o prognóstico dessas gestações provavelmente requer repensar as políticas de atenção de forma multidisciplinar, envolvendo obstetras, neonatologistas, redes de atenção, associações de pais e formuladores de políticas.

## REFERÊNCIAS

1. Xia H, Li X, Li X, Liang H, Xu H. The clinical management and outcome of term premature rupture of membrane in East China: results from a retrospective multicenter study. *Int J Clin Exp Med* 2015;8:6212e7.
2. Yu H, Wang X, Gao H, You Y, Xing A. Perinatal outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of the membranes before 34 weeks of gestation in a tertiary center in China: a retrospective review. *Biosci Trends* 2015;9:35e41.
3. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008;371:75e84.
4. Furman B, Shoham-Vardi I, Bashiri A, Erez O, Mazor M. Clinical significance and outcome of preterm prelabor rupture of membranes: population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;92: 209e16.
5. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 2003;101:178–93.
6. ACOG. Premature rupture of membranes. Practice bulletin no. 172. *Obstet Gynecol* 2016;128:e165–77.

7. Dewan H, Morris JM. A systematic review of pregnancy outcome following preterm premature rupture of membranes at a previable gestational age. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41:389–94.
8. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique RPM 1999. Available from: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_06.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_06.HTM). Accessed June 12, 2018.
9. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:230–40.
10. Manuck TA, Eller AG, Esplin MS, Stoddard GJ, Varner MW, Silver RM. Outcomes of expectantly managed preterm premature rupture of membranes occurring before 24 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2009;114:29–37.
11. Kaempf JW, Tomlinson MW, Campbell B, Ferguson L, Stewart VT. Counseling pregnant women who may deliver extremely premature infants: medical care guidelines, family choices, and neonatal outcomes. *Pediatrics* 2009;123: 1509–15.
12. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Periviable birth. *Obstetric care consensus no. 4. Obstet Gynecol* 2016;127:e157–69.
13. Diguisto C, Goffinet F, Lorthe E, et al. Providing active antenatal care depends on the place of birth for extremely preterm births: the EPIPAGE 2 cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2017;102:F476–82.
14. Edmonds BT, McKenzie F, Panoch J, Frankel RM. Comparing neonatal morbidity and mortality estimates across specialty in periviable counseling. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:2145.
15. van der Heyden JL, van der Ham DP, van Kuijk S, et al. Outcome of pregnancies with preterm prelabor rupture of membranes before 27 weeks' gestation: a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170:125–30.
16. Kibel M, Asztalos E, Barrett J, et al. Outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes between 20 and 24 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2016;128:313–20.