

# Ghid Procedural – Sindromul transfuzor-transfuzat (TTTS)

## Fundația de Medicină Fetală

Acest ghid prezintă recomandările pentru diagnosticul, stadializarea și tratamentul Sindromului transfuzor-transfuzat (TTTS), conform ghidurilor ISUOG și FMF, adaptate la contextul din România. TTTS apare exclusiv în sarcini gemelare monocorionice și este determinat de anastomoze vasculare placentare anormale care duc la dezechilibre hemodinamice între cei doi feți.

### 1. Criterii de diagnostic ecografic

- Sarcină gemelară monocorionică confirmată.
- Discrepanță marcată a volumului de lichid amniotic: polihidramnios la fătul transfuzor ( $DVP > 8$  cm înainte de 20 SA /  $> 10$  cm după 20 SA) și oligoamnios la fătul donator ( $DVP < 2$  cm).
- Vezica urinară absentă sau persistent prezentă la donator, în funcție de stadiu.
- Eventual diferențe mari de creștere fetală sau Doppler anormal.

### 2. Stadializarea Quintero

| Stadiu      | Descriere                                                                            |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Stadiul I   | Oligoamnios la donator, polihidramnios la receptor, vezica donatorului vizibilă.     |
| Stadiul II  | Vezica donatorului nu mai este vizibilă ecografic.                                   |
| Stadiul III | Doppler anormal la unul sau ambii feți (UA AEDF/REDF, DV absent/revers, PR anormal). |
| Stadiul IV  | Hidrops fetal la unul sau ambii feți.                                                |
| Stadiul V   | Decesul unuia sau ambilor feți.                                                      |

### 3. Opțiuni terapeutice

- **\*\*Ablația laser fetoscopică a anastomozelor placentare\*\*** – tratamentul de elecție pentru stadiile II-IV între 16–26 SA.
- **\*\*Amnioreducție\*\*** – opțiune paliativă, în special dacă laserul nu este disponibil.
- **\*\*Management expectativ\*\*** – pentru stadiul I asimptomatic, cu monitorizare ecografică săptămânală.
- Tratatamentul hidropsului sau al complicațiilor asociate conform ghidurilor specifice.

### 4. Pregătire pre-procedurală

- Confirmarea diagnosticului și stadializarea ecografică.
- Consiliere detaliată a pacientei și familiei.
- Investigații: hemoleucogramă, coagulare, grup sanguin, profil infecțios (la nevoie).
- Stabilirea planului operator și verificarea echipamentului fetoscopic/laser.
- Profilaxie anti-D dacă este cazul.

### 5. Tehnică procedurală rezumată (ablație laser)

- Anestezie locală/regională conform indicației.
- Introducerea trocarelor fetoscopice sub ghidaj ecografic.
- Identificarea și ablația anastomozelor vasculare folosind laser diodă.
- Amnioreducție la finalul procedurii pentru normalizarea volumului.
- Monitorizare fetală post-procedurală.

### 6. Riscuri și prognostic

- Pierderea unuia sau ambilor feți (10–30%, în funcție de stadiu și tehnică).
- Ruptura prematură a membranelor, travaliu prematur.
- Hemoragie materno-fetală.
- Complicații post-laser: sindrom TAPS, recurență TTTS.

- Prognostic: rata de supraviețuire a cel puțin unui făt > 70% în centre specializate.

## 7. Checklist pre-intervenție

| Element                             | Status       |
|-------------------------------------|--------------|
| Identitate pacient                  | verificat    |
| Stadializare Quintero completă      | da           |
| Consimțământ informat semnat        | da           |
| Profilaxie anti-D (dacă este cazul) | administrată |
| Echipament laser pregătit           | da           |
| Plan post-procedural stabilit       | da           |

Notă: Alegerea strategiei terapeutice trebuie realizată în centre cu experiență în chirurgie fetală, conform ghidurilor ISUOG și FMF.