

Přístupujeme správně k potermínové graviditě?

Tomáš Binder

Gynekologicko-porodnická klinika, FN Motol, Praha

Korespondenční adresa:

doc. MUDr. Tomáš Binder CSc., Gynekologicko-porodnická klinika, FN Motol, Praha, V Úvalu 84, 150 06

Publikováno: 15. 6. 2009 Přijato: 8. 5. 2009 Akceptováno: 10. 6. 2009

Actual Gyn 2009, 1, 30-33

ISSN 1803-9588

Tento článek lze stáhnout z www.actualgyn.com

© 2009, Aprofema s.r.o.

Abstract

Postdate pregnancy usually means a pregnancy continuing after the 42nd gestation week. Incidence of such pregnancy vary from 0,4 % in Austria and Belgium to 7 % in Sweden and Denmark. The risk of fetal complications is increased as a result of deterioration of placental functions. The fetus is endangered by the aspiration of amniotic fluid, by macrosomia and shoulder dystocia. The exact dating of pregnancy can only be established during the first half pregnancy, but best during the first trimester. Induction of labour is indicated only in cases of threatened intrauterine hypoxia. Conservative, expectant approach can be employed in the majority of cases. In the majority of cases the rule of „less is usually more“. In general, however, pregnancy should not continue beyond the 42nd gestation week.

Key words:

postterm pregnancy, prolonged pregnancy, induction of labour, intrauterine hypoxia

Abstrakt

Za potermínovou graviditu je obvykle označováno takové těhotenství, které pokračuje po dokončeném 42. gestačním týdnu. Incidence potermínové gravidity kolísá od 0,4 % v Rakousku a Belgii až po 7 % ve Švédsku a Dánsku. Stoupá riziko intrauterinního ohrožení plodu zhoršující se funkcí placenty. Plod je ohrožen aspirací zkalené plodové vody, makrosomií a dystokií ramének. Přesné stanovení stáří těhotenství je možné jen v první polovině gravidity, nejlépe v I. trimestru. K indukci porodu přístupujeme jen při počínající intrauterinní tísní plodu. Expektační postup je možné aplikovat u většiny případů. Buďme obezřetně trpěliví, ve většině případů zde platí pravidlo že „méně je mnohdy více“. Obecně však dodržujeme pravidlo, že těhotenství by nemělo pokračovat po 42. ukončeném gestačním týdnu.

Klíčová slova:

potermínová gravidita, prodloužené těhotenství, indukce porodu, intrauterinní hypoxie

Úvod

Za potermínovou graviditu je všude ve světě označováno takové těhotenství, které pokračuje po dokončeném 42. gestačním týdnu. Obecně je akceptován názor, že po určeném termínu porodu postupně stoupá riziko intrauterinního ohrožení plodu zhoršující se funkcí placenty (postmaturity syndrome), která může vyústit až v intrauterinní smrt plodu (4–7/1000). Klesá množství plodové vody a intrauterinní stres plodu vede k jejímu zkalení uvolněnou smolkou. Intrapartálně je pak plod ohrožen aspirací takto zkalené plodové vody. Rizikem při porodu je i možná makrosomie plodu, která může způsobit velmi nepříjemnou komplikaci vaginálně vedeného porodu v podobě dystokie ramének (1).

Příčina potermínové gravidity není známa. Setkáváme se s ní více u primipar, u žen které přenášely i v minulé graviditě nebo se samy narodily z potermínového těhotenství. Incidence potermínové gravidity v evropských zemích podle národních statistik velmi kolísá od 0,4 % v Rakousku a Belgii až po 7 % ve Švédsku a Dánsku (2). U nás se v poslední době chybně vžilo označovat za potermínovou graviditu období po vypočítaném termínu porodu do ukončeného 42. gestačního týdne a následné období jako těhotenství přenášené. Jako bychom zapomněli, že ve všech učebnicích je porod mezi 38.–42. gestačním týdnem označován jako porod termínový. Na vině je možná nesprávná interpretace platného doporučeného postupu Sekce perinatální medicíny.

Stanovení diagnózy

Přesné stanovení stáří těhotenství a termínu porodu je často obtížné. Řídíme-li se datem poslední menstruace, musíme mít na paměti, že u 20 až 30 % těhotných je nutné považovat tento údaj za nevědomě či vědomě nepřesný. Výjimkou jsou snad jen těhotenství po IVF-ET. Poměrně přesný údaj o stáří těhotenství nám poskytne UZ vyšetření v průběhu I. trimestru (3). UZ biometrie plodu kolem termínu porodu není již příliš validní, protože je zatížena poměrně velkou chybou.

Diagnózu samotné potermínové gravidity stanovit neumíme. UZ vyšetřením stanovujeme množství plodové vody, které však k termínu porodu klesá fyziologicky. UZ posouzení tzv. zralosti placenty je třeba brát ve většině případů pouze jako orientační, zatížené individuální chybou. Palpační vyšetření stavu děložního hrdla je jistě užitečným vyšetřením, kdy stanovením cervikálního skóre podle Bishopa posuzujeme připravenost porodních cest k porodu nebo k případné indukci. Oxytocinový zátěžový test ověřuje především připravenost myometria k porodu, měl by odhalit i patologie srdeční frekvence plodu v závislosti na vyvolaných děložních kontrakcích, a tak odhalit případnou intrauterinní tíseň plodu. Dopplerovská flowmetrie je u jinak fyziologické gravidity nadbytečným vyšetřením a nelze ji pro prakticky nulovou výtěžnost doporučit jako plošnou vyšetřovací metodu u potermínové gravidity. Pokud posoudíme výsledky všech výše uvedených vyšetření, jsme schopni rozhodnout, zda se jedná o těhotenství v termínu nebo o těhotenství mladší (1).

Prenatální péče o těhotnou v období po stanoveném termínu porodu

Prenatální péči v období po určeném termínu porodu upravuje doporučený postup Sekce perinatální medicíny.

Je doporučeno provádět non-stres test 2x týdně. Po dosažení gestačního stáří 41+3 je třeba určit další strategii tak, aby k dokončenému 42. gestačnímu týdnu bylo těhotenství ukončeno porodem. Těhotná je vaginálně vyšetřena a stanoveno Bishop skóre děložního hrdla. Vhodné je provést i UZ vyšetření, které odhalí i případnou makrosomii plodu. Oxytocinový zátěžový test (OZT) je na některých pracovištích prováděn rutinně, ale doporučen je výslovně jen u případů, kdy non-stres test je opakovaně suspektní. Po zhodnocení výsledků je stanovena strategie dalšího managementu těhotenství, většinou je těhotná následně přijata k hospitalizaci a zahájena indukce porodu (9).

U potermínové gravidity žen s anamnézou císařského řezu v předchozím těhotenství není indukce porodu primárně kontraindikovaná. Je však třeba velké opatrnosti a poměrně přísné selekce vhodných rodiček. Klasickou indukcí porodu v těchto případech upřednostňujeme před použitím prostaglandinů. Indukce porodu by měla být omezena jen na jeden pokus (6).

Ambulantní podávání prostaglandinů k indukci porodu bylo na Obstetric forum 2008 v Amsterdamu odmítnuto jako příliš rizikový postup.

Na uvedený doporučený postup lze nahlížet kriticky, že je příliš přísný, zatěžující těhotnou častými kontrolami, ale podobný doporučený postup mají i jiné vyspělé země jako je např. USA (1,4, 5, 6).

Metody indukce

Dnes nejčastěji používáme k indukci porodu prostaglandiny. V ČR je registrován k indukci porodu dinoproston - prostaglandin E2, a to ve formě vaginálních tablet (Prostin 3 mg) nebo ve formě gelu (Prepidil 0,5 mg) nebo jako vaginální pesar (Propes 10 mg). Misoprostol - prostaglandin E1, cenově nesrovnatelně levnější a v mnoha zemích rutinně používaný, není v ČR registrován.

Při pokročilém vaginálním nálezu je vhodné použít metodu klasické indukce, spočívající v dirupci vaku blan a následné infúzi s oxytocinem.

Vlastní indukci porodu bychom měli zahájit až při dosažení Bishopova cervikálního skóre ≥ 6 . Indukce by měla být zahájena v ranních hodinách a rodička by měla být dostatečně odpočatá. Měla by být samozřejmě informována o možných komplikacích a k indukci porodu by měla dát svůj souhlas. Rodičce je třeba umožnit dostatečný příjem tekutin, podávání jídla během indukce není rovněž kontraindikované.

Jednotlivá dávka prostaglandinu není pro úspěšnost indukce rozhodující, obvykle se pohybuje od 0,5 do 1,5 mg. V případě potřeby opakujeme aplikaci v ten samý den pouze 1x za 2–3 hodiny. Pokus o indukci v případě neúspěchu opakujeme následující den. Pokud nejsme ani při opakovaném pokusu úspěšní, následující den ukončujeme těhotenství per sectionem caesaream.

Reakce rodičky na podaný prostaglandin je naprosto individuální. Musíme být připraveni na překotný porod i na hyperaktivitu myometria až hypertonus děložní, který by mohl ohrozit plod hypoxií. Čím kratší interval aplikace prostaglandinu, tím vyšší riziko nadměrné činnosti dělohy a naopak, čím delší interval, tím se zvyšuje riziko protražovaného porodu.

K preindukci porodu je nevhodnější použít Prepidil gel. Cílem preindukce je dosažení potřebného Bishopova

cervikálního skóre pro zahájení bezpečné indukce. Alternativně lze použít k přípravě děložního hrdla hydroskopické tyčinky Dilapan S.

Tablety je doporučeno zavádět do zadní poševní klenby, Propes zavádíme vždy do zadní klenby, Prepilidil je možné aplikovat přímo intracervikálně. Tyčinky Dilapan S o průměru 4 mm zavádíme přímo do děložního hrdla obvykle v počtu 4. Ponecháme je zavedené alespoň 12 hodin maximálně 24 hodin. Spontánní předčasné expulsi tyčinek z hrdla zabráníme zavedením jednoduché poševní tamponády. Tyčinky nasávají cervikální tekutinu a zvětšují několika násobně svůj objem, tím dochází k bezbolestné dilataci děložního hrdla.

Během indukce porodu stav rodičky pečlivě kontrolujeme, zvláště v prvních hodinách po zavedení prostaglandinu. CTG monitorování stavu plodu předchází prvnímu zavedení prostaglandinu. Další kontrolní záznam pořizujeme obvykle 1 hodinu po jeho zavedení, dále pak po odtoku plodové vody a před předporodní přípravou. Rovněž během porodu pořizujeme opakovaně CTG záznam a při jakémkoliv odchylce od normálu přistupujeme ke kontinuálnímu monitorování stavu plodu (10).

Nejčastější chyby

1. Obecně hlavní chybou je přílišná aktivita porodníka, která nemá exaktní medicínský důvod. Je známo, že indukce porodu z nejrůznějších příčin představuje ve vyspělých zemích až 25 % všech porodů. Potermínová gravidita je jedním z nejčastějších důvodů. Expektační postup do konce 42. gestačního týdne u jinak zcela fyziologických těhotenství není doporučován a ani doporučován. Kdyby tomu tak bylo, počet indukcí by z této indikace rapidně poklesl.
2. Další z chyb je, že zahajujeme indukci porodu u žen, které mají špatně stanovený termín porodu. Pravidlem u těchto případů je, že děložní hrdlo je naprosto nepřipravené. Taková, vlastně zbytečná, indukce porodu bývá protrahovaná, rodička bývá stresovaná, často unavená a porod je pro ní velmi nepříjemnou zkušeností. Počet neúspěšných indukcí je pochopitelně vyšší, a tak se zbytečně zvyšuje počet císařských řezů.
3. Zcela jednoznačně nejčastější situací je, že sice máme správně stanovené gestační stáří, ale indukci porodu zahajujeme před ukončením 41. gestačního týdne nebo ještě dříve. Pokud nejsou prokázány známky intrauterinní tísne plodu, není vlastně k indukci porodu v takových případech důvod. Příčiny můžeme hledat jednak u samotné těhotné ženy. Její nervozita po dosažení termínu porodu každým dalším dnem roste, potencovaná častými lékařskými kontrolami. A je to často sama těhotná, která vyvíjí tlak na porodníka, aby už „konečně něco dělal“. Jiná modelová situace nastává, když je rodička domluvená k porodu s konkrétním, většinou již renomovaným porodníkem. Takový porodník bývá zaneprázdněný nebo odjíždí na dovolenou nebo na kongres nebo jen prostě chce být občas doma s rodinou, a tak, aby vyhověl rodičce, ale i sobě, porod vyvolá. Ve výsledku jsou vlastně všichni spokojeni a označovat pak takový postup za zcela chybný by bylo velmi přísné. Medicínsky to úplně v pořádku samozřejmě není. Jedná se o tzv. programované porody.
4. Úspěšnost indukce porodu je dána především přípra-

veností porodních cest a myometria. Dávka prostaglandinu není rozhodující, většinou je účinná již dávka 0,5 mg dinoprostonu. Zavedeme-li do pochvy na nepřipravené hrdlo 3 mg tabletu, jeho zrání ve srovnání s nižší dávkou příliš neurychlíme, ale jistě vyvoláme děložní kontrakce, které jsou pro rodičku velmi nepříjemné. Riziko hyperaktivity myometria a vyvolání intrauterinní tísne plodu a zkalení plodové vody není v těchto případech zanedbatelné.

5. Zahajovat plánovanou indukci porodu v odpoledních nebo večerních hodinách nebo u nevyspalé nebo unavené rodičky je neprofesionální, zásadně chybné. Rovněž odpírání příjmu tekutin a jídla během indukce porodu nemá racionální důvod a lze je tedy považovat za chybné.
6. Za vysloveně riskantní jednání, které lze označit jako postup non lege artis, je nutné považovat ambulantní podávání prostaglandinů k indukci porodu.

Závěr

Dodržujeme doporučený postup péče o potermínovou graviditu. K indukci porodu přistupujeme opravdu jen v případech, kdy jsou přítomny známky počínající intrauterinní tísne plodu (oligohydramnion, suspektní CTG) nebo zvýšená intrapartální rizika (makrosomie) (7). Dodržujeme postupy indukce porodu. Expektační postup je možné aplikovat u většiny případů. Sníží se finanční náklady, nároky na hospitalizační lůžko a velmi pravděpodobně i počet intrapartálních komplikací. Budme obezřetně trpěliví, ve většině případů zde platí pravidlo že „méně je mnohdy více“ (8). Obecně však dodržujeme pravidlo, že těhotenství by nemělo pokračovat po 42. ukončeném gestačním týdnu.

Literatura

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol. 2004;104(3):639-646.
2. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, Bréart G. PERISTAT Group. Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact? BJOG. 2007;114(9):1097-1103.
3. Bennett KA, Crane JM, O'shea P, Lacelle J et al. First trimester screening is effective in reducing postterm labor induction rates: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2005;190(4):1077-1081.
4. Doherty L, Norwitz ER. Prolonged pregnancy: when should we intervene? Curr Opin Obstet Gynecol. 2008;20(6):519-527.
5. Brucner TA, Cheng YW, Caughey AB. Increased neonatal mortality among normal-weight birhs beyond 41 weeks of gestation in California. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(4):421-427.
6. Cleary-Goldman J, Bettles B, Robinson JN, Norwitz E et al. Postterm pregnancy: practice patterns of contemporary obstetricians and gynecologist. Am J Perinatol. 2006;23(1):15-20.
7. Beucher G, Dreyfus M. Management od postterm pregnancies. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008; 37(2):107-117.

8. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):609-617.
9. Roztočil A, Měchurová A. Doporučený postup - potermínová gravidita. *Česká Gyn.* 2009;74(S1):12.
10. Roztočil A. Doporučený postup při indukci a preindukci porodu. *Česká Gyn.* 2009;74(S1):13-15.