

Spontánní porod koncem pánevním a jeho místo v současném porodnictví

Zdeněk Hájek

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Korespondenční adresa:

Prof. MUDr. Zdeněk Hájek, DrSc., Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Apolinářská 18, 128 08, Praha 2, e-mail: prof.zdenek.hajek@seznam.cz

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

Actual Gyn 2009, 1, 38-41

ISSN 1803-9588

Tento článek lze stáhnout z www.actualgyn.com

© 2009, Aprofema s.r.o.

Abstract

Breech presentation considerably increases risks of vaginal birth. Clinical practice is increasingly leaning towards cesarean delivery of breech fetuses, mainly in primiparous women. Planned vaginal birth needs an informed consent from the expected mother and her high level of cooperation. It must be excluded in cases where there are contradictions for vaginal breech birth: incomplete breech, higher birth weight over 4000 g, suspected or pathological cardiotocography at the beginning of labor. Obstetricians must follow principles which decrease the possibility of complications during the labor (the fetal membranes should be left intact as long as possible; no tractions should be exerted on the infant until the fetal umbilicus is past the perineum, best to use the Covjanov delivery method). All recommendations for planned vaginal breech birth however cannot guarantee success. Today, more than 90% of women give breech birth by cesarean delivery, especially primigravidas. It can be said that most of the women in labor after being told possible complications choose cesarean delivery. That means that nowadays the breech position is now one of the liberal indications for cesarean delivery in Czech Republic.

Key words:

breech presentation, cesarean delivery, planned vaginal birth

Abstrakt

Poloha plodu koncem pánevním představuje značné porodní riziko. Klinická praxe se stále častěji kloní k vedení porodu císařským řezem, zejména v případě prvoroďičky. Plánovaný porod vaginální cestou vyžaduje informovaný souhlas rodičky a její významnou spolupráci. Primárně musí být vyloučeny ty případy, kde jsou ke spontánnímu porodu jasně kontraindikace (porušené držení plodu, větší porodní hmotnost nad 4000g, suspektní nebo patologický kardiografický záznam - CTG na začátku porodu). Porodník musí dodržet při porodu zásady, které snižují možnost výskytu komplikací (ponechat vak blan co nejdéle, netahat za již porozenou část plodu, rodit plod nejlépe metodou dle Covjanova). Veškerá doporučení pro plánovaný porod KP vaginální cestou však nemohou garantovat úspěšnost. Dnes již více než 90% žen rodí KP císařským řezem, zejména prvoroďičky. Lze říci, že po vysvětlení možných komplikací se většina rodiček rozhoduje pro operační vedení porodu. To znamená, že v současné době patří v ČR poloha KP mezi liberální přístupy v indikaci k císařskému řezu.

Klíčová slova:

poloha plodu koncem pánevním, plánovaný spontánní porod, císařský řez

Úvod

Poloha plodu koncem pánevním (KP) představuje v současném porodnictví velmi diskutovanou problematiku, kdy se klinická praxe stále častěji přiklání k indikování císařského řezu. Poloha plodu koncem pánevním se vyskytuje ve 4–5 % všech porodů, v 7 % ve 32. týdnu těhotenství a ve 25 % u těhotných před 28. týdnem gestace (1, 3). Vyšší frekvence výskytu KP je u genetických onemocnění jak chromozomálně podmíněných, tak hereditárních. Tyto choroby mění tonus a mobilitu svalů a tím se zvyšuje frekvence prezentace KP (1).

Nejčastější komplikace související s polohou KP

Peripartální odtok nadměrného množství plodové vody může způsobit prolaps pupečníku, pasivní apozici plodu s rozvojem poruchy děložní činnosti a hypoxie. Při vlastním porodu může nastat nadměrná přestávka děložní činnosti mezi porodem hýždí a dalších částí těla plodu, vedoucí např. ke kompresi pupečníku. Vztyčení a zaklínění ruček při porodu ramének je „noční můrou“ porodníka, jakož i spasmus branky a dolního děložního segmentu s následným uskřinutím hlavičky (15,16). Abnormální rotace hlavičky obličejem dopředu nebo deflexe hlavičky a zaklínění brady za horní okraj spony jsou naštěstí komplikace vzácné. Samozřejmě tyto porodnické komplikace se podepisují i na novorozenci. Při vážnoucím porodu ramének je možná obrna brachiálního plexu, při protrahovaném porodu nebo uskřinutí následné hlavičky těžká hypoxie plodu s možným intrakraniálním krvácením (8, 11). Z těchto vyjmenovaných možných komplikací je nutno spontánní porod KP zařadit mezi porody rizikové. O těchto komplikacích musí být plně informována matka. Lanni a Seeds (1) uvádějí v tabulce výskyt komplikací při poloze KP a srovnání s polohou záhlavím.

Tab. 1: Srovnání komplikací při poloze KP a hlavičkou (1,4)

Komplikace	Incidence
Intrapartální úmrtí plodu	16x vyšší
Hypoxie plodu intra partum	3,8x vyšší
Prolaps pupečníku	5–20 častější
Poranění plodu	13x častější
Uskřinutí následné hlavičky	8,8 %
Poranění krční páteře při extrakci plodu	21 %
Souvislost s malformací plodu	6 %
Souvislost s předčasným porodem	16–33 %
Hyperextenze hlavičky	5 %

Tento počet komplikací je tak alarmující, že všeobecně vede k indikaci císařského řezu.

Přesto existuje řada doporučení, podle kterých je možno postupovat a vyvarovat se možných komplikací. Již v roce 1965 byl vypracován skórovací systém, který dodnes využívají někteří porodníci. Tento systém je pojmenován podle autorů skórovacího systému Zatuchni-Andros (1).

Tab. 2: Zatuchni-Andros skórovací systém

	0	1	2
Parita	Nulipara	Sekundipara	Multipara
Týden těhotenství	39	38	37
Porodní hmotnost (UZ)	3600 g	3100-3600 g	<3100 g
Předchozí porod KP	Ne	Jeden	Dva
Dilatace branky	2 cm	3 cm	≥ 4 cm
Vztah k páncvi	Malý oddíl	Velký oddíl	Šíře

Úspěšnost spontánního porodu v poloze KP lze očekávat, pokud toto skóre je vyšší než 4 body.

Výskyt polohy KP u druhého dvojčete

Se vzestupem vícečetných gravidit díky IVF programu roste i počet malpozicí druhého dvojčete, které bývá nejčastěji v poloze podélné koncem pánevním. V takovém případě lze zvolit primární císařský řez, císařský řez na druhé dvojče, extrakci plodu v poloze KP. Existuje řada prací, porovnávající stav druhého dvojčete a které jednoznačně neuvádějí výhodu císařského řezu. Současná frekvence císařských řezů je vysoká a profit pro plod není vždy jednoznačný (5, 7). Pokud ale má žena v anamnéze již jeden císařský řez, pak riziko vaginálního porodu je pro plod 12x vyšší a rovněž hrozí, při eventuální extrakci plodu, ruptura dělohy (4, 16). Pokud je porod zahájen vaginálně, pak 95 % druhých dvojčat je porozeno extrakcí. Je to dáno časovou tísň v přípravě císařského řezu (1). Použití vakuumextraktoru při extrakci plodu u řítního naléhání je zatíženo častým selháním metody a v našich podmínkách se neuplatňuje (10). Obrat vnitřními hmaty a extrakce plodu v poloze KP vyžaduje velkou zkušenost porodníka. Bohužel postgraduální výcvik lékaře u nás i ve světě je v tomto směru nedokonalý. „Trainees“ na univerzitní klinice v Austrálii, na pracovišti s mnoha tisíci porody ročně, jsou přítomni u 1–12 plánovaných vaginálních porodů plodů v poloze KP. Tato frekvence je pro budoucnost této vaginální porodnické operace nedostatečná, a tudíž stále častěji je plánován porod císařským řezem (12). Jestliže lékař není erudovaný v obratu a extrakci plodu v poloze KP je lépe indikovat císařský řez na druhé dvojče a nenazývat tento postup selháním porodníka. U plodů nízké porodní hmotnosti do 32. týdne gravidity Sekce perinatální medicíny při České Gynekologicko porodnické společnosti doporučuje vést porod primárním císařským řezem. V těchto případech, kdy je porodní hmotnost plodu okolo 1500 g, je častý výskyt příčné polohy u druhého dvojčete a extrakce nezralého plodu je velmi traumatizující. Rovněž nebezpečí uskřinutí následné hlavičky je vysoké. Většina studií prokazuje snížení skóre Apgarové a pH z pupečnickové artérie (11, 14). Pokud se při plánovaném vaginálním porodu vyskytne příčná poloha u druhého dvojčete, mnozí porodníci se buď pokusí o obrat zevními hmaty na hlavičku pod UZ kontrolou nebo ihned indikují císařský řez. V České republice je při ultrazvukem zjiš-

těné malpozici druhého dvojčete před porodem (KP, šikmá, příčná poloha) indikován primární císařský řez.

Profylaktický obrat zevními hmaty

Řada prací popisuje snížení incidence poloh KP a nízké procento komplikací. Úspěch se odhaduje mezi 40–75 % (2). U multipar až 80 % (13). Obrat má být indikován po 34. týdnu těhotenství, nejlépe ve 36. týdnu gestace. K profylaktickému obratu je nutno dodržet určité podmínky, které byly dány Sekcí perinatální medicíny ČGPS (pohyblivý plod, placenta na zadní stěně, fyziologická gravidita bez předchozích operací na děloze apod.). Výkon je většinou proveden pod UZ kontrolou s aplikací tokolytik v infuzi. Někteří autoři uplatňují epidurální nebo spinální anestézii. Úspěšnost je až 4x vyšší, ale je větší výskyt komplikací, jako je hypoxie, abrupce placenty apod. (6, 9). Větší výskyt komplikací je vysvětlen tím, že porodník může při anestézii vyvinout větší tlak na břišní stěnu a dělohu. Při profylaktickém obratu byl zaznamenán i větší výskyt fetomaternální transfúze, ve frekvenci až v 6 % případů. Proto u Rh negativních žen je doporučována aplikace anti D globulinu (9).

Doporučení pro plánovaný vaginální porod u polohy KP

Rodička má právo být před porodem objektivně informována o potenciálních rizicích i výhodách spojených s císařským řezem a s vaginálně vedeným porodem. Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Rozhodnutí těhotné by měl porodník respektovat s výjimkou stavů, které jsou v rozporu s aktuálními poznatky v porodnictví (17). Větší úspěšnost je u multipary s jedním nebo dvěma snadnými porody v poloze záhlavím v anamnéze. Odhad porodní hmotnosti ultrazvukem by měl být do 3500 g u primipary a do 3800 g u multipary. Naléhání plodu musí být buď KP neúplný řitní nebo úplný KP. Hlavička by měla být flektovaná, a pokud lze zjistit bez cirkumflexe pupečnicku kolem krku. Před začátkem i v průběhu porodu by měl být normální kardiokografický záznam (CTG). Při porodu normální rozvoj porodnického nálezu, normálně postupující porod. Za postup lege artis lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu. Ve druhé době porodní musí být na sále přítomni dva porodníci (z toho jeden nejméně s osmiletou praxí v oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra. Případná poporodní resuscitace novorozence má být zajištěna přímo na porodním sále. Operační sál má být stále připraven k provedení urgentního císařského řezu (17).

Zásady vedení porodu při poloze KP vaginální cestou

Neměl by se překročit termín porodu. Po 39. týdnu gestace je vhodné porodní činnost indukovat. Při porodu ponechat vak blan co nejdéle. Porod nesmí být ani přetahovaný, ani protrahovaný. Vhodné je polohovat rodičku na bok, kde je páteř plodu, k usnadnění vstupu naléhající části. Rodička musí být dobře poučena o uplatňování břišního lisu ve II. době porodní. Porodník se musí vyvarovat předčasněho tahu za porozenou část plodu (nožky, trup), aby nedošlo ke vztyčení ruček. Vždy provést profylaktickou episiotomii. Porod hlavičky by neměl trvat

déle než 5 minut. Při porodu trupu je nutné uvolňovat pupečník, aby nedošlo k poruše oxygenace. V pražské porodnické škole je upřednostňován porod dle Covjanova. Tato metoda nejlépe umožňuje porod ve směru pánevní osy a pravidelného držení plodu (5, 8).

Primární kontraindikace k vedení porodu KP vaginální cestou

Primárně je třeba odmítnout vaginální porod u plodu s odhadem porodní hmotnosti 4000 g a více. Je nutno zvážit vaginální porod u primipary. Jestliže naléhání plodu je neúplné nožkami nebo kolénkem apod. Rovněž nelze doporučit vaginální porod, kde již před jeho začátkem zaznamenáváme suspektní nebo patologické CTG záznamy. Pokud v průběhu plánovaného porodu vaginální cestou porod nepostupuje (vysoko stojící KP) raději závčas indikujeme ukončení per sectionem caesaream. Pokud je rodička anxiózní již před začátkem porodu, nemá cenu plánovat vaginální cestu porodu (5, 8, 17).

Závěr

Současná frekvence císařských řezů v ČR pro KP již přesahuje 90 %. Prakticky dnes již všechny primipary s plodem v poloze KP rodí per sectionem caesaream. Patří mezi liberální přístupy v indikaci k císařskému řezu. (5, 7, 16).

Literatura

1. Lanni SH, Seeds JW. Malpresentation. In: Gabbe SG, Niebyl J, Simpson L, eds. Obstetrics normal and problem pregnancies. Churchill Livingstone. 2002:482-493
2. Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, et al. Outcomes of external cephalic version and breech presentation at term, an audit of deliveries at a Sydney tertiary Obstetric Hospital 1997-2004. Acta Obstet. Gynaecol. Scand. 2006;85:1231-1238
3. Porter R. Breech delivery : the dilemma. BJOG 2006;113:973-974
4. Rietberg CTH, Elferink-Sinkens PH, Visser CHA. The effect of the term breech trial on medical intervention behaviour and neonatal outcomes in the Netherlands: an analysis of 35 453 term breech infants. BJOG 2005;112:205-209
5. Roztočil A. Polohy koncem pánevním. In: Roztočil A, a kol. Moderní porodnictví. Grada Publishing. 2008:283-288
6. Salani R, Theiler RN, Lindsay M. Uterine torsion and fetal bradycardia associated with external cephalic version. Obstet.Gynecol. 2006;108:820-822
7. Wax JR. Maternal request caesarean section versus planned spontaneous vaginal delivery. Sem. Perinatol. 2006;30: 247- 252
8. Srp B. Nepravidelné a patologické polohy plodu. In: Čech E, Hájek Z, Maršal K, Srp B, eds. Porodnictví. 2.přepřacované a doplněné vydání. Grada Publishing. 2006:230-245
9. Weiniger CF, Ginosar Y, Elchalal U, et al. External cephalic version for breech presentation with or without spinal analgesia in nulliparous women at term: a randomized controlled trial. Obstet.Gynecol. 2008;111:776-777
10. Bronche DE, Riethmuller D, Maticky-Baptista D, et

- al. Assisted vaginal delivery using the vacuum extractor in frank breech presentation. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2008;37:143-148
11. Vranjes M, Habek D. Perinatal outcome in breech presentation depending on the mode of vaginal delivery. *Fetal. Diagn. Ther.* 2008;23:54-59
12. Chinnock M, Rondon S. Obstetric trainees experience in vaginal breech delivery: implications for future practice. *Obstet. Gynecol.* 2007;110: 900-903
13. Rauf B, Nisa M, Hassan L. External cephalic version for breech presentation at term. *J. Coll. Physicians Surg.* 2007;17:550-553
14. Robilio PA, Boe NM, Danielsen B, et al. Vaginal vs. caesarean delivery for preterm breech presentation of singleton infants in California: a population-based study. *J. Reprod. Med.* 2007;52:473-479
15. Roman H, Carayol M, Watier L, et al. Planned vaginal delivery of fetuses in breech presentation at term: prenatal determinants predictive of elevated risk of caesarean delivery during labor. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2008;138:14-22
16. Hájek Z. Současný pohled na porod koncem pánevním. *Moderní gynekologie a porodnictví* 2007;16:34-37
17. Unzeitig V, Binder T. Doporučený postup při vedení prenatální péče a porodu donošeného plodu v poloze podélné koncem pánevním. *Čes. Gynek.* 2005;70:462