

Abrupce placenty vedoucí k intrauterinnímu úmrtí plodu v graviditě 33. týdne

Aneta Drobníková

Gynekologicko-porodnické oddělení, Masarykova městská nemocnice, a. s. v Jilemnici

Korespondenční adresa: MUDr. Aneta Drobníková, MMN, a. s., Gynekologicko-porodnické odd., Metyšova 465, 514 01 Jilemnice, tel.: +420 773 876 767, e-mail: aneta.drobnikova@email.cz

Publikováno: 5. 2. 2018 Přijato: 19. 11. 2017 Akceptováno: 22. 1. 2018
Actual Gyn 2018, 10, 1-3 ISSN 1803-9588 © 2018 Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Drobníková A. Abrupce placenty vedoucí k intrauterinnímu úmrtí plodu v graviditě 33. týdne. Actual Gyn. 2018;10:1-3

PLACENTAL ABRUPTION WHICH LED TO AN INTRAUTERINE FETAL DEATH IN FETUS 33 WEEKS GESTATION

Cause report

Abstract

Placental abruption is a very serious complication of the second half of pregnancy. This condition threatens the pregnant woman with serious bleeding which is often accompanied by syndrome of disseminated intravascular coagulopathy. The fetus is in danger of prematurity, hypoxia and often ends with intrauterine fetal death. Although the risk factors leading to the placental abruption are generally known, the etiology is usually unknown. This case report describes the case of serious placental abruption of a patient without risk factors. Placental abruption led to disseminated intravascular coagulopathy and intrauterine fetal death.

Key words: placental abruption, disseminated intravascular coagulopathy, intrauterine fetal death

Kazuistika

Abstrakt

Abrupce placenty je velmi závažnou komplikací druhé poloviny těhotenství. Jedná se o stav, který ohrožuje rodičku život ohrožujícím krvácením, nejčastěji s přidruženým syndromem diseminované intravaskulární koagulace. Plod je ohrožen prematuritou, hypoxií a v nejtěžších případech i intrauterinním úmrtím. Ačkoliv jsou v literatuře popisovány rizikové faktory vedoucí k předčasnému odloučení lůžka, mnohdy je příčina neznámá. Tato kazuistika demonstuje případ závažné abrupce placenty u pacientky, která neměla rizikové faktory. V průběhu abrupce placenty se u pacientky rozvinula diseminovaná intravaskulární koagulace a antenatální intrauterinní úmrtí plodu.

Klíčová slova: abrupce placenty, diseminovaná intravaskulární koagulace, intrauterinní úmrtí plodu

Teorie

Předčasné odlučování lůžka (abrupce placenty) je jednou z nejzávažnějších příčin mateřské a neonatální morbidity a mortality. Incidence se udává 0,5 – 1,8 % všech těhotenství (1). K předčasnému odlučení placenty dochází ve druhé polovině těhotenství, nejčastěji v průběhu III. trimestru a může být příčinou život ohrožujícího krvácení. Abrupci placenty dělíme do dvou hlavních skupin podle místa, kde odlučování placenty začíná. Marginální abrupce, kdy jsou porušeny marginální placentární cévy a klinické příznaky jsou obvykle mírné. Závažnějším stavem je retroplacentární abrupce s tvorbou retroplacentárního hematomu, kdy dochází k porušení spirálních arterií a tím ke krvácení z vysokotlakého řečiště. Při této formě odlučování může vaginální krvácení jako hlavní příznak chybět (1).

Mezi hlavní symptomy abrupce placenty patří vaginální krvácení. Krvácení může být i skryté, retroplacentární, kdy se krev šíří mezi vlákna myometria a děloha se zvětšuje vytvořeným hematodem v myometriu, jenž má za následek hypertonus děložní, makroskopicky popisovaný jako tzv. Couvelairova děloha (1). Mezi další symptomy u matky patří abdominální bolest. Při abrupci placenty je typicky abnormální kardiokotografický záznam (CTG) u plodu (3). V závažnějším případě bývá abrupce placenty komplikovaná rozvojem diseminované intravaskulární koagulace (DIC) a rozvojem hemoragického šoku s multiorgánovým selháním u matky. Fetomaternální hemoragie způsobuje imunizaci u Rh negativních žen. Mateřská mortalita při abrupci placenty je udávána kolem 1 % (3). Plod je ohrožen prematuritou, často způsobenou iatrogeně, při urgentním ukončení těhotenství z vitální indikace plodu, dále je plod ohrožen hypoxií a v závažných případech až nitroděložním úmrtím.

Příčina abrupce je multifaktoriální. Přestože jsou známy rizikové faktory způsobující předčasné odlučování lůžka, tak příčina zůstává mnohdy neznámá. Mezi rizikové faktory patří hypertenze či preeklampsie matky, anamnéza proběhlé abrupce placenty v minulém těhotenství, děložní myomy, kouření v graviditě, abusus drog, věk rodičky nad 35 let, vícečetné těhotenství, trauma břicha v graviditě, placentární abnormality, zevní obrat plodu, dlouhodobě odteklá plodová voda u předčasného porodu, chorioamnitis a trombofilní stav u rodičky (1,4).

Diagnóza je stanovena podle klinického vyšetření (hypertonus děložní, krvácení, abnormální CTG záznam u plodu, šokový stav matky), ultrazukovým vyšetřením (UZ) prokážeme přítomnost retroplacentárního hematomu či marginální odlučení placenty, ale abrupce placenty nemusí být vždy při UZ vyšetření detekovatelná. K diagnostice diseminované intravaskulární koagulace nám pomáhají výsledky krevních odběrů (pokles antitrombinu, trombocytopenie, pokles fibrinogenu, prodloužený trombinový čas a APTT, elevace D-dimerů).

Terapie předčasného odlučení placenty má dva zásadní postupy – okamžitý porod nebo expektační postup, který volíme v malém procentu případů tehdy, je-li odlučování placenty minimální, krvácení ustává, stav matky je stabilní, plod je ohrožen prematuritou při ukončení těhotenství a je u plodu vyloučena hypoxie. Častěji je volen okamžitý porod nejčastěji císařským řezem. Léčba DIC či hypovolemického šoku je komplexní ve spolupráci porodníka, hematologa a anesteziologa.

Kazuistika

Těhotná ve věku 28 let, sekundigravida, primipara (jednou spontánní nekomplikovaný porod plodu v termínu porodu) byla přivezena na naše oddělení v 1:45 v noci vozidlem rychlé záchranné pomoci (RZP) v graviditě 32+5 pro silné vaginální krvácení a absenci pohybů plodu. Pacientka udávala silné krvácení, které začalo 1 hodinu po půlnoci, náhle, když šla na toaletu. Při příjezdu RZP do místa bydliště pacientky, popisovala posádka RZP kolapsový stav těhotné, tlak krve byl 130/80, tachykardie 160/min, saturace kyslíkem 99 %, tachypnoe, masivní vaginální krvácení, detekce vitality plodu posádkou RZP neprovedena. Časová prodleva od začátku krvácení po příjezd do naší porodnice, vzdálené 19 km od místa bydliště těhotné, byla tedy již 45 minut.

Anamnesticky se pacientka s ničím neléčila, operaci nepodstoupila, udávala pouze alergii na pyly. Gravidita po spontánní koncepci probíhala dosud nekomplikovaně, prvotrimestrální kombinovaný screening byl negativní, ultrazukový screening ve druhém trimestru byl bez záchytné strukturální vady, plod byl eutrofický. OGTT neděláno, pacientka odmítla test podstoupit. Při druhém ultrazukovém screeningu ve 31. týdnu gravidity biometrie odpovídala gestačnímu stáří, sonoanatomie plodu bez odchylky, pouze hraniční dilatace kalichopánvičkového systému ledvin u plodu oboustranně. Dle těhotenské průkazky v prenatální poradně dosud u pacientky normotenze. Krevní skupina těhotné A Rh pozitivní.

Při příjezdu RZP do naší porodnice pacientka kontinuálně vaginálně krvácela, tlak krve měla 120/70, pulz 84/min, byla afebrilní, palpačně zjevný hypertonus děložní. Vyšetření v zrcadlech prokázalo tmavou krev původem z hrdla, per vaginam hrdlo prostupné těsně pro prst, dlouhé 3 cm, nehmatný vak blan. Ozvy plodu při snaze o natočení CTG záznamu nezachyceny. Abdominální ultrazukové vyšetření prokazuje jeden avitální plod v poloze podélné hlavičkou v I. postavení, oligohydramnion, septovanou odloučenou placentu nejspíše z přední stěny děložní s objemným retroplacentárním hematodem, akce srdeční u plodu nepřítomna, biometrie plodu odpovídala 1 890 g. Ihned odebrána pacientce krev ke statimovému vyšetření krevního obrazu, hemokoagulace, biochemie a svolán tým k akutnímu císařskému řezu z vitální indikace matky k zabránění závažných mateřských komplikací způsobených silným krvácením při foetus mortus, zejména syndromu diseminované intravaskulární koagulace. Zahájena parenterální rehydratace a profylaxe nízkomolekulárními hepariny Clexane 0,4 ml s.c.

Císařský řez byl veden v celkové anestezii laparotomií dle Joel-Cohena, obtížně vybavený mrtvý plod z polohy podélné hlavičkou byl bez přerušení pupečníku společně s placentou předán pediatrovi k ohledání. Plod mužského pohlaví vážil 1 825 g, měřil 40 cm, jednalo se o eutrofický plod vzhledem ke gestačnímu stáří. K lokalizaci lůžka se nedalo spolehlivě vyjádřit, jelikož bylo zcela odloučené s velkým retroplacentárním hematodem o objemu asi 300 ml. Během operace jsme získali výsledky krevních odběrů z příjmu: hemoglobin 95 g/l, trombocyty 206.10⁹/l, hematokrit 0,28, leukocytóza 21,9.10⁹/l, pozitivní ethanolový gelizační test, fibrinogen 2,3 g/l, D-dimery 18 063 ng/ml, antitrombin 78,4 %. Po revizi dutiny děložní, sutuře uterotomie a revizi dutiny břišní byl nad uterotomii vložen Redonův drén. Sutura stěny břišní pro-

vedena po vrstvách nekomplikovaným obvyklým způsobem. Peroperačně aplikovány 2 TU klinické plazmy. Celková krevní ztráta před příjezdem vozu RZP, během transportu do porodnice, při retroplacentárním hematomu a operaci byla odhadnuta na 1 600 ml.

Pacientka byla přeložena přechodně na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Pokračováno v aplikaci Clexane 0,4 ml s.c. á 24 hod. Kontrolní výsledky krevních odběrů s odstupem tří hodin od výkonu prokázaly výraznou elevaci D-dimerů na 29 994 ng/ml, pokles fibrinogenu 1,6 g/l, pozvolnou úpravu antitrombinu, leukocytózu $24 \cdot 10^9/l$, hemoglobin 89 g/l. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace na ARO oddělení oběhově stabilní, podány 2 TU EBR ke korekci krevní ztráty. ATB profylaxe Cefazolin 1 g i.v. á 8 hodin tři dny. Laktace zastavena Dostinexem 0,5 mg tbl. dle schématu. Druhý den od operace přeložena na standardní oddělení gynekologie ve stabilizovaném stavu, postupná úprava krevního obrazu, koagulogramu a vnitřního prostředí. Dimise čtvrtý den od operace v klinicky dobrém stavu, výsledky krevních odběrů při propuštění: CRP 27,2 mg/l, jaterní, renální funkce i mineralogram v normě. Leukocyty $9,2 \cdot 10^9/l$, úprava koagulačního panelu do fyziologických hodnot, pouze D-dimery 679 ng/ml. Pacientka objednána do hematologické ambulance k dovyšetření trombofilních mutací a dispenzarizaci.

Závěr

Naše kazuistika popisuje případ rozsáhlé placentární abrupce s tragickým koncem pro plod, s rozvojem závažných komplikací u rodičky. Již v době příjmu do porodnice byl u pacientky rozvinut syndrom diseminované intravaskulární koagulace při silném vaginálním krvácení a foetus mortus intrauterinně. Z vitální indikace matky jsme těho-

tenství ukončili ihned císařským řezem. Ve spolupráci s anesteziologem jsme aplikovali krevní deriváty k doplnění krevního volumu. Po celou dobu hospitalizace jsme podávali profylaxi nízkomolekulárním heparinem subkutánně. U naší pacientky nebyl přítomný žádný z rizikových faktorů abrupce placenty. Pacientce bylo doporučeno hematologické vyšetření po šestinedělí.

Abrupce placenty je závažná komplikace druhé poloviny těhotenství, která může mít fatální následky pro plod i matku. V námi popisované kazuistice byl rychlý rozvoj syndromu diseminované intravaskulární koagulace pravděpodobně potencován kombinací vyplavení velkého množství tkáňového faktoru do cirkulace při syndromu mrtvého plodu a zároveň konsumpcí koagulačních faktorů v tvořícím se objemném retroplacentárním hematomu. Při předčasném odlučování lůžka je plod ohrožen hypoxií až intrauterinním úmrtím podle rozsahu odloučení placenty od děložní stěny. V terapii je nutné těhotenství ukončit neprodleně, nejčastěji císařským řezem a ve spolupráci s hematologem a anesteziologem léčit hypovolemický šok či DIC.

Literatura

1. Pařízek A, et al. Kritické stav v porodnictví. Praha: Galén. 2012, s. 113, 38-39
2. Čech E, Hájek Z, Maršál K, Srp B, et al. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 2006, s. 332-337
3. Hájek Z. Rizikové a patologické těhotenství. Praha: Grada. 2004, s. 248-252
4. Procházka M, Kudela M, Lubušský M, et al. Předčasné odlučování lůžka – etiologie a rizikové faktory. Čes. Gynek. 2005;70:175-179