

Ocena i postępowanie w przypadku łożyska nisko schodzącego oraz przodującego w drugim trymestrze ciąży

Yinka Oyelese, MD w imieniu Society for Maternal-Fetal Medicine

Pytanie. U 19-letniej kobiety (ciąża 2, poród 1) wykonano przezbrzuszne badanie USG w 20 tygodniu ciąży. Wynik badania USG pozwala przypuszczać, że łożysko może pokrywać ujście wewnętrzne szyjki macicy. Jak rozpoznaje się łożysko przodujące i łożysko nisko schodzące i jak często one występują?

Odpowiedź. W piśmiennictwie medycznym posługiwano się różnymi definicjami łożyska nisko schodzącego i łożyska przodującego,^{1,2} jednak większość badaczy uważa, że ryzyko jest zwiększone wtedy, gdy łożysko znajduje się w odległości do 20 mm od ujścia, a zwłaszcza jeśli je pokrywa.¹⁻³ Na potrzeby tego artykułu oraz w celu ujednoczenia definicji jako przodujące określiliśmy łożysko pokrywające ujście wewnętrzne szyjki macicy, a nisko schodzące to takie, którego brzeg znajduje się od 1 do 20 mm od ujścia wewnętrznego. Jeśli odległość dolnego brzegu łożyska od ujścia wewnętrznego wynosi więcej niż 20 mm, uznaje się je za prawidłowe w drugim trymestrze ciąży, nie rozpoznaje się wtedy łożyska nisko schodzącego i taka sytuacja nie wymaga dalszej obserwacji.

Powszechne wykonywanie USG jako badania przesiewowego w drugim trymestrze ciąży doprowadziło do częstego rozpoznawania łożyska przodującego i nisko schodzącego u pacjentek bez objawów klinicznych.⁴ Częstość zależy od zastosowanej metody badania

ultrasonograficznego.⁵ Przy badaniu przezbrzusznym wynosi 5-20%.^{4,6} Często rozpoznaje się łożysko nisko schodzącego lub przodującego w drugim trymestrze jest fałszywie dodatnie, częściowo z powodu wypełnionego pęcherza moczowego, niezbędnego przy przezbrzusznym badaniu USG, co może wydłużyć szyjkę macicy i ucisnąć dolny odcinek macicy.⁷ Również w co najmniej połowie przypadków w przezbrzusznym badaniu USG nie można dokładnie uwidocznić ujścia wewnętrznego i dolnego brzegu łożyska (ryc. 1).⁵ Rozpoznanie łożyska przodującego lub nisko schodzącego powinno być ustalane na podstawie przezpochwowego badania USG (USG TV). Badanie jest bezpieczne, dokładne i dobrze tolerowane.⁸⁻¹⁰ Przy zastosowaniu USG TV częstość występowania łożyska przodującego w drugim trymestrze ciąży wynosi około 1-4%.¹⁰⁻¹²

Jak powinna wyglądać dalsza ocena, aby potwierdzić rozpoznanie i ustalić rokowanie?

W przypadku podejrzenia łożyska przodującego lub nisko schodzącego pierwszy krok polega na dokładnej ocenie położenia łożyska w stosunku do szyjki za pomocą USG TV u pacjentki z pustym pęcherzem moczowym. W co najmniej jednej czwartej przypadków łożyska przodującego i nisko schodzącego podejrzewanych w drugim trymestrze ciąży na podstawie przezbrzusznego badania USG, rozpoznanie się zmieni po wykonaniu USG TV.⁵ Kobiety, które nie mają łożyska przodującego ani nisko schodzą-

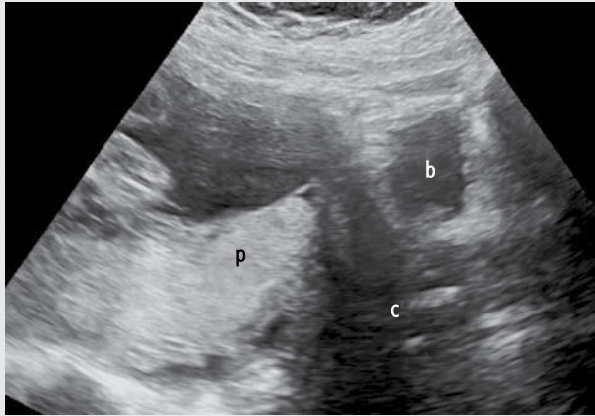
cego, można uspokoić, że nie będą wymagały żadnej dalszej oceny.

Alternatywnym sposobem postępowania jest opóźnienie momentu wykonania USG TV i ponowna ocena położenia łożyska w 28-32 tygodniu ciąży w USG przezbrzusznym. Jeśli nie ma wątpliwości, że łożysko znajduje się w odległości do 20 mm od ujścia wewnętrznego, wykonanie USG TV nie jest konieczne. Alternatywnie, jeśli w przezbrzusznym USG łożysko wydaje się nisko schodzące lub przodujące, należy wykonać badanie USG TV (ryc. 2).

Około 80% kobiet, u których w badaniu USG TV w drugim trymestrze ciąży stwierdzi się łożysko przodujące lub nisko schodzące, w terminie porodu będzie miało łożysko położone prawidłowo.¹⁰ Jeśli w badaniu USG TV w drugim trymestrze ciąży stwierdzi się, że łożysko jest nisko schodzące lub przodujące, informacje dotyczące rokowania można uzyskać, oceniając jego położenie (np. odległość między dolnym brzegiem łożyska a ujściem wewnętrznym oraz odległość zachodzenia), wiek ciążowy, w którym ustala się takie rozpoznanie oraz obecność cięcia cesarskiego w wywiadzie (tabela).^{11,13-17} Na przykład w niektórych badaniach stwierdzono, że tylko w przypadkach, gdy w 15-24 tygodniu ciąży łożysko pokrywało ujście wewnętrzne, było przodujące przy porodzie.^{11,12,15} Im wcześniej rozpozna się łożysko przodujące lub nisko schodzące, tym mniejsze ryzyko, że przetrwa ono do porodu.¹³ Cięcia cesarskie w wywiadzie zwiększa jednak ryzyko, że łożysko nie migruje i pozostanie przodującym (tabela).¹³⁻¹⁶

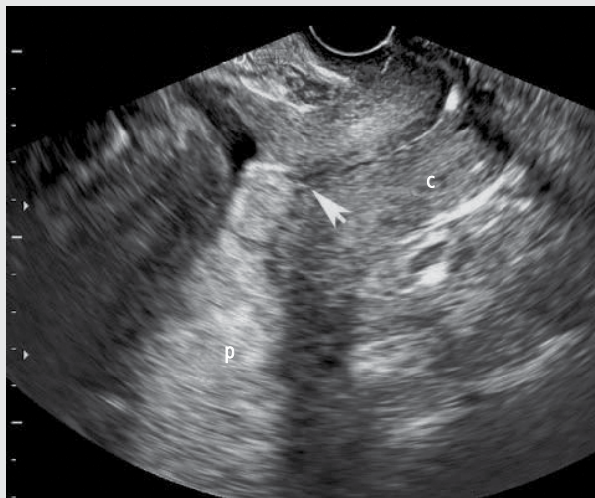
Dr Oyelese, associate professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Services, Jersey Shore University Medical Center, UMDNJ – Robert Wood Johnson Medical School, New Jersey.

RYCINA 1. Obraz przezbrzusznego badania USG pokazującego łożysko przodujące w 20 tygodniu ciąży



Nie można dokładnie uwidoczniać ani ujścia wewnętrznego szyjki macicy, ani dolnego brzegu łożyska. Zacinienie uniemożliwia dokładne uwidocznienie szyjki macicy. p – łożysko, b – pęcherz moczowy, c – szyjka macicy.

RYCINA 2. Przezpochwowe USG pacjentki z ryciny 1



Łatwo można uwidoczniać ujście wewnętrzne (strzałka) oraz dolny brzeg łożyska znajdujący się nad ujściem wewnętrznym. Jest to łożysko całkowicie przodujące, położone na ścianie tylnej. Biorąc pod uwagę, że zachodzenie łożyska jest minimalne, w terminie porodu łożysko prawdopodobnie nie będzie przodujące. p – łożysko, c – szyjka macicy.

Jakich innych informacji należy udzielić pacjentce z łożyskiem nisko schodzącym lub przodującym po ustaleniu rozpoznania?

Pacjentkę, u której stwierdzono łożysko pokrywające ujście wewnętrzne, należy poinformować, że może

u niej wystąpić krwawienie z dróg rodnych. W większości przypadków, nawet jeśli krwawienie wystąpi w drugim trymestrze ciąży, nie będzie ono zagrażało życiu ani wymagało natychmiastowego ukończenia ciąży.^{10,16,18} Ogólnie, jeśli wystąpi krwawienie, pacjentki mogą zostać

przyjęte do szpitala, a po obserwacji i ustąpieniu krwawienia, gdy ich stan jest stabilny, często są wypisywane do domu i w razie potrzeby mogą wrócić do szpitala.^{19,20} Kobiety z grupą krwi Rh ujemną i z krwawieniem z dróg rodnych powinny otrzymać immunoglobulinę zgodnie ze wskazaniami.²¹

W przypadku pacjentki z łożyskiem nisko schodzącym lub przodującym nie jest konieczne leżenie w łóżku, zwłaszcza jeśli nie ma aktywnego krwawienia. Pacjentkom z łożyskiem nisko schodzącym lub przodującym można zalecić, aby unikały ćwiczeń fizycznych i współżycia, ale nie ma danych naukowych potwierdzających takie zalecenie, zwłaszcza w przypadkach bez krwawienia.

Jakie powinno być dalsze postępowanie w trakcie trwania ciąży po rozpoznaniu łożyska nisko schodzącego lub przodującego?

Kobiety, u których stwierdzono, że łożysko pokrywa lub jest bardzo blisko (do 5 mm) ujścia wewnętrznego w drugim trymestrze ciąży, należy poinformować, że będą wymagały powtórnej oceny ultrasonograficznej. USG TV należy powtórzyć około 28–32 tygodnia ciąży. W tym badaniu często uwidocznia się, że łożysko nie jest już nisko schodzące lub przodujące (tabela),¹³ ponieważ stwierdzono, że częstość występowania łożyska przodującego około 36 tygodnia ciąży wynosi 0,3%.¹⁷

Jeśli u pacjentki w wywiadzie występuje cięcie cesarskie lub operacja na trzonie macicy, a łożysko przodujące znajduje się na ścianie przedniej, należy sprawdzić, czy nie jest ono wrosnięte.^{22,23}

Liczni badacze sugerowali, aby u kobiety z łożyskiem przodującym, które staje się nisko schodzącym, lub z łożyskiem nisko schodzącym, które przetrwało, wykonać USG TV okolicy nad szyjką macicy z zastosowaniem kolorowego dopplera, aby ocenić, czy występuje naczynie przodujące.^{24–26}

Jaka jest zalecana droga porodu w przypadku przetrwania łożyska nisko schodzącego lub przodującego?

Jeśli pod koniec trzeciego trymestru ciąży stwierdzimy, że łożysko przodujące przetrwało, pacjentka będzie wymagała wykonania cięcia cesarskiego.^{1,3,27} Jeśli odległość brzegu łożyska od ujścia wewnętrznego wynosi mniej niż 10 mm, ryzyko krwawienia przed porodem wynosi około 29%,³ a około 72-75% z tych kobiet będzie wymagało cięcia cesarskiego z powodu krwawienia w trakcie porodu.^{3,27} Na podstawie tych danych niektórzy badacze zasugerowali, że u tych pacjentek powinno się wykonać cięcie cesarskie. Jeśli jednak odległość dolnego brzegu łożyska od ujścia wewnętrznego wynosi 10 mm lub więcej, ryzyko krwawienia przed porodem wynosi 3%,³ a ponad dwie trzecie z tych pacjentek urodzi siłami natury, przy minimalnej chorobowości.^{3,27} Zasugerowano zatem, że w przypadku braku przeciw-

TABELA

Prawdopodobieństwo przetrwania do porodu łożyska przodującego lub nisko schodzącego

Wynik USG	Wiek ciążowy w momencie rozpoznania		
	15-19 tyg.	20-23 tyg.	24-27 tyg.
1-5 mm, ^a bez CC w wywiadzie	6%	11%	12%
1-5 mm, ^a CC w wywiadzie	7%	50%	40%
Przodujące, bez CC w wywiadzie	20%	45%	56%
Przodujące, CC w wywiadzie	41%	73%	84%
Stopień zachodzenia			
≥20 mm	—	—	90-100%
≥25 mm	40%	90-100%	—

CC – cięcie cesarskie

^aOdległość od brzegu łożyska do ujścia wewnętrznego.

Dane na podstawie Taipale P, et al,¹¹ Dashe JS, et al,¹³ Mustafá SA et al,¹⁴ Oppenheimer L, et al,¹⁵ Taipale P, et al,¹⁶ Becker RH, et al.¹⁷

wskazań do porodu drogami natury tym pacjentkom można zaoferować taki rodzaj ukończenia ciąży.

Stanowisko opracował Publications Committee of the Society for Maternal-Fetal Medicine przy współpracy z dr Oyelese i zatwierdził

5 października 2010 roku Executive Committee. Ani dr Oyelese, ani żaden z członków Publications Committee (zobacz listę członków 2010 na stronie www.smfm.org) nie zgłasza żadnego konfliktu interesów, powiązań finansowych ani innych, które należy ujawnić w związku z treścią artykułu.

Uwaga: Praktyka kliniczna stale się rozwija, a poszczególne przypadki mogą się od siebie różnić. Ta opinia jest odzwierciedleniem stanu wiedzy w momencie jej przyjęcia do publikacji i nie została stworzona zamiarem ustalania standardów opieki położniczej. Ta publikacja nie odzwierciedla przekonań wszystkich członków Society for Maternal-Fetal Medicine.

Contemporary OB/GYN, Vol. 51, No. 12, December 2010, p. 30. Evaluation and management of low-lying placenta or placenta previa on second-trimester ultrasound.

PIŚMIENICTWO

- Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG*. 2003;110(9):860-864.
- Oppenheimer LW, Farine D, Ritchie JWK, Lewinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. What is a low-lying placenta? *Am J Obstet Gynecol*. 1991;165(4 pt 1):1036-1038.
- Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, et al. Placenta previa: distance to internal os and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(3):266.e1-e5.
- Zelop CC, Bromley B, Frigoletto FD Jr, Benacerraf BR. Second trimester sonographically diagnosed placenta previa: prediction of persistent previa at birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 1994;44(3):207-210.
- Smith RS, Lauria MR, Comstock CH, et al. Transvaginal ultrasonography for all placentas that appear to be low-lying or over the internal cervical os. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1997;9(1):22-24.
- Gallagher P, Fagan CJ, Bedi DG, Winsett MZ, Reyes RN. Potential placenta previa: definition, frequency, and significance. *AJR Am J Roentgenol*. 1987;149(5):1013-1015.
- Farine D, Fox HE, Jakobson S, Timor-Tritsch IE. Vaginal ultrasound for diagnosis of placenta previa. *Am J Obstet Gynecol*. 1988;159(3):566-569.
- Leerentveld RA, Gilberts EC, Arnold MJ, Wladimiroff JW. Accuracy and safety of transvaginal sonographic placental localization. *Obstet Gynecol*. 1990;76(5 pt 1):759-762.
- Timor-Tritsch IE, Yunis RA. Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta previa. *Obstet Gynecol*. 1993;81(5 pt 1):742-744.
- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):927-941.
- Taipale P, Hiilesmaa V, Ylöstalo P. Transvaginal ultrasonography at 18-23 weeks in predicting placenta previa at delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1998;12(6):422-425.
- Lauria MR, Smith RS, Treadwell MC, et al. The use of second-trimester transvaginal sonography to predict placenta previa. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1996;8(5):337-340.
- Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol*. 2002;99(5 pt 1):692-697.
- Mustafá SA, Brizot ML, Cavalho MH, Watanabe L, Kahhale S, Zugaib M. Transvaginal ultrasonography in predicting placenta previa at delivery: a longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20(4):356-359.
- Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, Dabrowski A. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001;18(2):100-102.
- Taipale P, Hiilesmaa V, Ylöstalo P. Diagnosis of placenta previa by transvaginal sonographic screening at 12-16 weeks in a nonselected population. *Obstet Gynecol*. 1997;89(3):364-367.
- Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001;17(6):476-501.
- Silver R, Depp R, Sabbagha RE, Dooley SL, Socol ML, Tamura RK. Placenta previa: aggressive expectant management. *Am J Obstet Gynecol*. 1984;150(1):15-22.
- Cotton DB, Read JA, Paul RH, Quilligan EJ. The conservative aggressive management of placenta previa. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;137(6):687-695.
- Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175(4 pt 1):806-811.
- Rhopylac [package insert]. Kankakee, IL: CSL Behring; 2009.
- Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(5):430-439.
- Comstock CH, Love JJ Jr, Bronsteen RA, et al. Sonographic detection of placenta accreta in the second and third trimesters of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(4):1135-1140.
- Oyelese KO, Schwärzler P, Coates S, Sanusi FA, Hamid R, Campbell S. A strategy for reducing the mortality rate from vasa previa using transvaginal sonography with color Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1998;12(6):434-438.
- Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: prenatal diagnosis, natural evolution, and clinical outcome. *Obstet Gynecol*. 2000;95(4):572-576.
- Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, et al. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstet Gynecol*. 2004;103(5 pt 1):937-942.
- Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;33(2):204-208.