

Szew szyjkowy u pacjentki, której poprzednia ciąża zakończyła się niepomyślnie

Vincenzo Berghella, MD w imieniu Towarzystwa Medycyny Matczyno-Płodowej

Pytanie: *Dziewiętnastoletnia ciężarna (ciąża 2, poród 1) w 12 tygodniu ciąży z wywiadem położniczym obciążonym porodem przedwczesnym w 23 tygodniu pierwszej ciąży. Poród poprzedzony był samoistnym pęknięciem błon płodowych i krótkim okresem nieregularnej czynności skurczowej. Jakie informacje byłyby pomocne w określeniu, czy w niepomyślnym przebiegu pierwszej ciąży miała znaczenie niewydolność szyjki macicy? Badanie histopatologiczne popłodu nie wykazało cech zapalenia błon płodowych ani przedwczesnego oddzielenia łożyska.*

Odpowiedź: Chociaż American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) definiuje niewydolność szyjkową jako „niezdolność szyjki macicy do utrzymania ciąży do terminu porodu”, rozpoznanie to nie zawsze jest łatwe do ustalenia.¹ Zwykle niewydolność szyjki macicy rozpoznaje się po powtarzających się stratach ciąży występujących na przełomie drugiego i trzeciego trymestru (nierazko w połowie II trymestru – RD), bez czynności skurczowej macicy, pęknięcia błon płodowych czy wykładników zakażenia. Objawy często zgłaszane przez kobiety przed porodem obejmują nieswoiste uczucie ucisku w podbrzuszu, skurcze oraz zwiększoną ilość wydzieliny w pochwie. Niektóre pacjentki zgłaszają się z typowym wywiadem bezbolesnego rozwierania szyjki macicy prowadzącym do wpuklenia się pęcherza płodowego do kanału szyjki,

a następnie do pochwy i w końcu do porodu odbywającego się bez czynności skurczowej pod koniec drugiego lub na początku trzeciego trymestru.

W przypadku opisanym powyżej trudno nie zgodzić się z rozpoznaniem niewydolności szyjkowej, mimo że przedstawiony wywiad nie spełnia ścisłych kryteriów diagnostycznych. Rozpoznanie byłoby tym bardziej prawdopodobne, gdyby w poprzedniej ciąży pacjentka zgłosiła się w drugim trymestrze z bezobjawowym wpukleniem się pęcherza płodowego, któremu nie towarzyszyła czynność skurczowa ani krwawienie, jeśli wykonano by amniopunkcję, na podstawie której wykluczono zakażenie i jeśliby założono szew szyjkowy, a ciąża zakończyła się porodem o czasie. W tym przypadku, jak w większości, wywiad nie jest jednoznaczny, a rozpoznanie, jeżeli w wywiadzie nie występuje kilka wczesnych porodów przedwczesnych, pozostaje niejasne.

Pacjentki zgłaszające się z podejrzeniem niewydolności szyjkowej powinny zostać ocenione pod kątem obecności wszystkich czynników ryzyka wczesnego porodu przedwczesnego, a wywiad dotyczący przebiegu poprzednich ciąży powinien być szczegółowo zebrany, z uwzględnieniem informacji na temat kariotypu płodu, wad rozwojowych, zakażenia oraz wszystkich innych dostępnych wyników badań.² Zwykle najbardziej przydatne w określeniu przyczyny wczesnego porodu przedwczesnego, włączając niewydolność szyjki, są informacje, jakie można uzyskać podczas wstępnego badania pacjentki. Z tego powodu bardzo istotna jest

właściwa dokumentacja stwierdzonych nieprawidłowości, które mogą prowadzić do przedwczesnego ukończenia ciąży. Dane z wywiadu, które powinny zostać odnotowane w dokumentacji, to objawy pojawiające się przed przyjęciem do szpitala, godzina pęknięcia błon płodowych, obecność lub brak czynności skurczowej, zmiana charakteru wydzieliny pochwowej, krwawienie z dróg rodnych oraz gorączka przed lub w trakcie porodu. Konieczne jest uzyskanie danych na temat innych czynników ryzyka wystąpienia niewydolności szyjkowej, takich jak wielokrotne rozszerzanie kanału szyjki macicy z powodu poronień lub terminacji ciąży, lub zabiegi na szyjce macicy w postaci konizacji chirurgicznej, laserowej lub elektrokonizacji pętlą elektryczną.

Niektóre kobiety mogą donosić jedną lub więcej ciąż do terminu porodu, a w kolejnej zgłaszają się z typowym obrazem niewydolności szyjki macicy. W takich okolicznościach należy myśleć o nierozpoznanych podczas poprzedniego porodu mechanicznych uszkodzeniach szyjki macicy.

Jeżeli pacjentka opisana na wstępie miała by niejasny wywiad dotyczący okresu przed zająciem w ciążę, pomocne mogłoby być przeprowadzenie kilku badań. W badaniu klinicznym można by stwierdzić ewentualne uszkodzenia szyjki macicy lub wady rozwojowe układu moczowo-płciowego (np. przegrodę pochwy, podwójną szyjkę macicy), które mogłyby wskazywać na patologię wyższych części układu rozrodczego. Badanie ultrasonograficzne może ujawnić podwójny trzon macicy. Histerosonografia (jeże-

Dr Berghella, director, Maternal-Fetal Medicine, professor of obstetrics and gynecology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pensylwania.

li to możliwe wykonana w trybie 3D), histerosalpingografia lub histeroskopia mogą wykryć nieprawidłowości w obrębie jamy macicy.

Nasza pacjentka nie spełnia obowiązujących kryteriów niewydolności szyjkowej przyjętych przez ACOG, ponieważ nie doświadczyła wielokrotnej straty ciąży.¹ Ponieważ aktualna definicja ACOG wymaga kilkukrotnej utarty ciąży w wywiadzie, część położników zaproponowała, aby w diagnostyce niewydolności szyjkowej wspomagać się pomiarem długości szyjki macicy (cervical length, CL) w przezpochwowym badaniu ultrasonograficznym (transvaginal ultrasound, TVU). Obecność obydwu czynników: jednego lub więcej wczesnego porodu przedwczesnego lub straty ciąży w drugim trymestrze oraz długość kanału szyjki poniżej 25 mm, lub rozwarcie szyjki macicy 1 cm w badaniu wewnętrznym przed 24 tygodniem ciąży, może sugerować niewydolność szyjki macicy. W rzeczywistości praktyka zakładania szwu szyjkowego – klasycznej interwencji w niewydolności szyjki macicy – wywodzi się z metody leczenia kobiet zarówno z wywiadem położniczym obciążonym wczesnymi porodami przedwczesnymi, jak i zmianami szyjki macicy obserwowanymi w drugim trymestrze ciąży.^{3,4}

Jeżeli istnieją wskazania do założenia szwu szyjkowego, który moment byłby do tego optymalny? Jakie są wady i zalety szwu McDonalda w porównaniu ze szwem Shirodkara?

Jeżeli wskazaniem do założenia szwu szyjkowego jest wywiad, zabieg przeprowadza się około 12-14 tygodnia po potwierdzeniu żywej ciąży wewnątrzmacicznej, a wymaganym kryterium jest niepomyślny przebieg poprzednich ciąż.⁵ Wykazano, że korzyść z założenia szwu szyjkowego z powodu obciążonego wywiadu położniczego odnosią jedynie pacjentki z trzema lub więcej porodami przedwczesnymi lub stratami ciąży w drugim trymestrze.⁶ W wybranych

przypadkach o klasycznym klinicznym przebiegu założenie szwu szyjkowego ze względu na obciążony wywiad położniczy można rozważyć w sytuacji mniejszej liczby strat ciąży w przeszłości.

Pacjentka opisana powyżej nie ma wywiadu będącego wskazaniem do założenia szwu szyjkowego, ale mogłaby być do niego zakwalifikowana, gdyby stwierdzono u niej skracanie szyjki macicy w badaniu ultrasonograficznym lub rozwieranie szyjki w badaniu wewnętrznym. Uwzględnienie badania klinicznego, jako wskazania do założenia szwu, okazało się równie skuteczne, jak założenie szwu szyjkowego wyłącznie na podstawie obciążonego wywiadu położniczego.⁷⁻¹⁰ Na podstawie dostępnych danych pochodzących z randomizowanych kontrolowanych badań kobiet z co najmniej jednym skrajnie przedwczesnym porodem zaobserwowano, że monitorowanie długości szyjki macicy drogą TVU i zakładanie szwu szyjkowego w przypadku stwierdzenia jej skracania dają podobne wyniki położnicze (włączając porody przedwczesne), co szew szyjkowy zakładany rutynowo w sytuacji, kiedy wskazaniem jest obciążony wywiad położniczy.⁷⁻¹⁰

Zaledwie u 40% kobiet z porodem przedwczesnym w wywiadzie, podobnie do pacjentki opisanej na wstępie artykułu, rzeczywiście występuje niewydolność szyjki macicy.⁷⁻¹¹ Stąd też ultrasonograficzna ocena długości szyjki macicy może spowodować, że unikniemy niepotrzebnego zakładania szwu szyjkowego u większości kobiet z podejrzanym wywiadem położniczym obejmującym poród przedwczesny pod koniec drugiego lub na początku trzeciego trymestru.

Nie dysponujemy badaniami randomizowanymi bezpośrednio porównującymi skuteczność różnych technik zakładania szwu szyjkowego. Można stosować zarówno metodę McDonalda, jak i Shirodkara. Obydwie procedury polegają na założeniu okrężnego szwu wokół szyjki macicy, natomiast szew Shirodkara wymaga uprzedniego odpreparowania pęcherza moczowego i odbytni-

cy. Porównanie randomizowanych badań oceniających szwy szyjkowe zakładane ze względu na obciążony wywiad wykazało, że obie metody są równie skuteczne.¹² Technika McDonalda jest preferowana ze względu na prostotę założenia i usunięcia szwu, jak również skuteczność, udowodnioną licznymi badaniami.^{11,13}

Jeżeli rozpoznanie niewydolności szyjkowej nie byłoby pewne, jakie badania należałoby wykonać w kolejnej ciąży?

Jeżeli rozpoznanie nie jest pewne, należy rozważyć wczesną ocenę szyjki macicy, rozpoczynając ocenę ultrasonograficzną szyjki od 16 tygodnia ciąży. Wcześniejsze wykonywanie badania (tj. od 14 tygodnia ciąży) może być uzasadnione jedynie w przypadkach wywiadu obciążonego poronieniami na początku drugiego trymestru.¹⁴ W większości badań ultrasonograficzną ocenę szyjki macicy wykonywano w odstępach dwutygodniowych i jest to schemat przydatny w codziennej praktyce klinicznej. Jeżeli we wstępnym lub kolejnym badaniu stwierdza się długość szyjki macicy w granicach 25-29 mm, należy rozważyć skrócenie odstępów między badaniami do tygodnia.¹¹ Tak prowadzony skrining pozwala zidentyfikować około 70% kobiet obciążonych dużym ryzykiem, że urodzą przed czasem.¹⁵ Ryzyko porodu przedwczesnego przed 35 tygodniem ciąży u kobiet, których długość szyjki macicy do 23 tygodnia utrzymuje się na poziomie 25 mm lub powyżej, wynosi 16%.¹⁶ Jeżeli u pacjentki z wywiadem obciążonym poronieniem lub porodem przedwczesnym między 17 a 33 6/7 tygodniem ciąży, szyjka macicy przed ukończeniem 23 tygodnia w obecnej ciąży jest krótsza niż 25 mm, uzasadnione jest proponowanie założenia szwu szyjkowego.^{11,13}

Wyniki ostatnio przeprowadzonego wielośrodkowego randomizowanego kontrolowanego badania¹¹ oraz metaanalizy¹³ wskazują, że w tej konkretnej sytuacji klinicznej pa-

pacjentka może odnieść korzyść z założenia szwu szyjkowego. W randomizowanym badaniu 301 kobiet z porodem przedwczesnym lub poronieniem w wywiadzie, które nastąpiły między 17 a 33 6/7 tygodniem ciąży, szew szyjkowy zakładano w przypadkach, kiedy szyjka macicy skróciła się poniżej 25 mm przed 23 tygodniem trwającej ciąży. W tym badaniu założenie szwu wiązało się z ryzykiem względnym porodu przedwczesnego przed 35 tygodniem (relative risk, RR) rzędu 0,67 (95% przedział ufności [PU] 0,42-1,07), jednak istotnie zmniejszyły się wskaźnik porodów skrajnie przedwczesnych noworodków niezdolnych do życia oraz śmiertelność okołoporodowa.¹¹ Metaanaliza danych poszczególnych pacjentek w ciąży pojedynczej i z porodem przedwczesnym w wywiadzie wykazała, że założenie szwu szyjkowego u pacjentki, u której szyjka skróciła się poniżej 25 mm, znacząco zmniejszyło wskaźnik porodów przed 35 tygodniem ciąży z podobnym ryzykiem względnym jak w badaniu wspomnianym wcześniej (RR 0,61, 95% PU 0,40-0,92).¹³ Na podstawie obu tych badań można stwierdzić, że założenie szwu szyjkowego u pacjentek w ciąży pojedynczej, z porodem przedwczesnym w wywiadzie i skróceniem szyjki macicy w obecnej ciąży poniżej 25 mm związane jest z obniżeniem o 30% wskaźnika ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego (z około 41 do 29%; RR, 0,71, 95% PU 0,56-0,90) w porównaniu do pacjentek, którym nie założono szwu.

Zastosowanie kapronianu 17-alfa hydroksyprogesteronu (17OH-P) związane jest z ponad 30% zmniejszeniem nawrotów porodów przedwczesnych u kobiet z samoistnym zakończeniem poprzedniej ciąży pomiędzy 20 a 36 tygodniem.¹⁷ Leczenie 17OH-P należy rozpocząć w 16 tygodniu ciąży i kontynuować do 36 tygodnia. Lek podaje się w postaci domięśniowych wstrzyknięć w dawce 250 mg. (Niestety, w Polsce produkcja Kaprogestu okazała się nieopłacalna i leku po prostu nie można już dostać – RD)

Jakie postępowanie należy zaproponować tej pacjentce, jeżeli w 22 tygodniu ciąży doszłoby u niej do bezobjawowego, niemego rozwarcia szyjki macicy i wpuklenia pęcherza płodowego poniżej ujścia zewnętrznego?

U około 3/4 kobiet z krótką szyjką macicy w badaniu wewnętrznym stwierdza się sformowaną i zamkniętą część pochwową.¹⁸ Jeżeli dochodzi do wpuklenia się pęcherza płodowego do poziomu ujścia zewnętrznego lub poniżej przed 22 tygodniem ciąży, w 20-50% przypadków stwierdza się kolonizację bakteryjną jamy macicy.¹⁹

Interwencje medyczne mogą wydłużyć czas trwania ciąży, co pozwoli uniknąć porodu noworodka niezdolnego do życia, z drugiej jednak strony zwiększają ryzyko poważnej krótko- i długoterminowej chorobowości, jeśli dojdzie do urodzenia płodu zdolnego do życia, ale obciążonego skrajnym wcześniactwem. W takich sytuacjach kluczowe znaczenie ma konsultacja położnika i neonatologa. W części stanów i ośrodków w Stanach Zjednoczonych można zaproponować pacjentce postępowanie mające na celu przyspieszenie porodu.

Jeżeli pacjentka pragnie kontynuować ciążę, w celu diagnostyki ewentualnego zakażenia wewnątrzmacicznego można wykonać amniopunkcję i oznaczyć w płynie owodniowym stężenie glukozy i liczbę leukocytów, wykonać barwienie metodą Grama oraz pobrać płyn na posiew. Po wykluczeniu zakażenia można zaproponować ciężarnej procedurę ta wiąże się ze znacznie większym ryzykiem, włączając rozwinięcie się zakażenia, wystąpienie krwawienia z dróg rodnych, przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Szew zakładany ze względu na obciążony wywiad lub gdy wskazaniem jest wynik badania USG, związany jest z mniejszą liczbą powikłań niż zakładany w sytuacji wpuklenia się pęcherza płodowego do pochwy stwierdzanego w badaniu wewnętrznym. Dowody na skuteczność takiego

postępowania są ograniczone i oparte na jednym małym nierandomizowanym badaniu²⁰ oraz retrospektywnym badaniu kohortowym.²¹ W tej konkretnej sytuacji klinicznej wszystkie pozostałe interwencje medyczne, takie jak ograniczenie aktywności fizycznej, stosowanie progesteronu, tokolityków i antybiotyków nie przynoszą żadnych korzyści.¹

Powyższa opinia została opracowana przez komitet do spraw publikacji Society for Maternal-Fetal Medicine (www.smfm.org) przy udziale doktora Vincenza Barghelli i została zaakceptowana przez komitet wykonawczy towarzystwa 12 kwietnia 2010 roku. Dr Barghella ani pozostali członkowie komitetu nie zgłaszają żadnych potencjalnych konfliktów związanych z niniejszym artykułem.

(Uwaga: Praktyka kliniczna ciągle się rozwija i poszczególne przypadki mogą się od siebie różnić. Praktyka kliniczna wykorzystująca fibronektynę płodową oraz ocenę ultrasonograficzną długości szyjki macicy może się istotnie różnić. Ta opinia jest odzwierciedleniem stanu wiedzy w momencie jej przyjęcia do publikacji i nie została stworzona z zamiarem ustalania standardów opieki perinatalnej. Ta publikacja nie odzwierciedla opinii wszystkich członków Society for Maternal-Fetal Medicine.)

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 6, June 2010, p. 18, Cervical cerclage for the woman with prior adverse pregnancy outcome.

PIŚMIENICTWO

1. American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG practice bulletin. Cervical insufficiency. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(5 pt 1):1091-1099.
2. Goldenberg RL, McClure EM. The epidemiology of preterm birth. In: Berghella V, ed. *Preterm Birth: Prevention and Management.* Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2010:22-38.
3. McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1957;64(3):346-350.
4. Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortion in the second trimester of pregnancy. *Antiseptic.* 1955;52:299-300.
5. Suhag A, Seligman NS, Bianchi I, Berghella V. What is the optimal gestational age for history-indicated cerclage placement? *Am J Perinatol.* 2010;27(6):469-474.
6. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomized trial of cervical cerclage. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993;100(6): 516-523.
7. Althuisius SM, Dekker GA, van Geijn HP, Bekedam DJ, Hummel P. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial (CIPRACT): study design and preliminary results. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(4):823-829.

8. Kassanos D, Salamalekis E, Vitoratos N, Panayotopoulos N, Loghis C, Creatsas C. The value of transvaginal ultrasonography in diagnosis and management of cervical incompetence. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2001;28(4):266-268.
9. Beigi A, Zarrinkoub F. Elective versus ultrasound-indicated cervical cerclage in women at risk for cervical incompetence. *Med J Islam Repub Iran.* 2005;19(2):103-107.
10. Simcox R, Seed PT, Bennett P, Teoh TG, Poston L, Shennan AH. A randomized controlled trial of cervical scanning vs history to determine cerclage in women at high risk of preterm birth (CIRCLE trial). *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(6):623.e1-e6.
11. Owen J, Hankins G, Iams JD, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(4):375.e1-e8.
12. Odibo A, To M, Berghella V, Rust O, Althuisius SM. Shirodkar versus McDonald cerclage for the prevention of preterm birth (PTB) in women with short cervical length. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(6 suppl 1):S155.
13. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol.* 2005;106(1):181-189.
14. Berghella V, Talucci M, Desai A. Does transvaginal sonographic measurement of cervical length before 14 weeks predict preterm delivery in high-risk pregnancies? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003;21(2):140-144.
15. Owen J, Yost N, Berghella V, et al; National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. Mid-trimester endovaginal sonography in women at high risk for spontaneous preterm birth. *JAMA.* 2001;286(11):1340-1348.
16. Owen J, Szychowski J. Does trimester cervical length 25 mm predict preterm birth in high risk women? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(6 suppl):S9-S10.
17. Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, et al; National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med.* 2003;348(24):2379-2385.
18. Berghella V, Tolosa JE, Kuhlman K, Weiner S, Bolognese RJ, Wapner RJ. Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(4):723-730.
19. Romero R, Gonzalez R, Sepulveda W, et al. Infection and labor. VIII. Microbial invasion of the amniotic cavity in patients with suspected cervical incompetence: prevalence and clinical significance. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167(4 pt 1):1086-1091.
20. Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P, van Geijn HP; Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial. Cervical incompetence prevention randomized cerclage trial: emergency cerclage with bed rest versus bed rest alone. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(4):907-910.
21. Pereira L, Cotte A, Gomez R, et al. Expectant management compared with physical examination-indicated cerclage (EM-PEC) in selected women with a dilated cervix at 14 (0/7)-25 (6/7) weeks: results from the EM-PEC international cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(5):483.e1-e8.