

Pozwólmy ginekologom-położnikom praktykować mądrą medycynę: zmienimy regułę 39 tygodnia

HOWARD C. MANDEL, MD, FACOG, CHARLES J. LOCKWOOD, MD, MHCM

Dziękuję za opublikowanie w lipcowym numerze 2011 dwóch artykułów: dyskusji doktora Charlesa Lockwooda „Schematyzacja w medycynie”¹ oraz tekstu doktora Allana Jacobsa „Czy postęp w medycynie służy lekarzom?” [GpD 2011;13(5):83].² W obu poruszono temat utraty przez lekarzy zdolności i autonomii w podejmowaniu decyzji o indywidualizacji opieki w sytuacji, kiedy mają przekonanie, że działają w najlepszym interesie swoich pacjentów.

Uderzającym przykładem jest rozpowszechnienie rządowego nadzoru oraz regulacji szpitalnych zapobiegających wykonywaniu ponownego elektywnego cięcia cesarskiego przed ukończeniem 39 tygodnia ciąży. Doktor Lockwood omawia to zagadnienie w swoim artykule redakcyjnym w marcowym wydaniu *Contemporary OB/GYN* z 2009 roku [GpD 2009;11(5):29].³

W klasycznym artykule Tity „Termin elektywnego ponownego cięcia cesarskiego w ciąży donoszonej a wyniki neonatologiczne”⁴ wykluczenie z badania 8,5% pacjentek nie było właściwe. Wnioski wynikające z analizy statystycznej badania mogłyby być inne, gdyby uwzględnić wyniki neonatologiczne u pacjentek po przebytej miomektomii oraz włączyć do badania noworodki, u których nie podejrzewano nieprawidłowego funkcjonowania jednostki maciczno-łożyskowej.

Decyzja, kiedy należy planować ponowne elektywne cięcie cesarskie, opiera się na koncepcji *primum non nocere*. Zakładając, że wskaźnik pęknięcia macicy wynosi 0,5%, w tym badaniu należałoby oczekiwać około 46 przypadków tego powikłania. W analizie ryzyka względem korzyści czy kosztów względem korzyści (risk:benefit; cost:benefit) należałoby uwzględnić te przypadki wraz z odsetkiem pacjentek, u których doszło do zapalenia błon płodowych, przedwczesnego oddzielenia łożyska i nieprawidłowych wyników badań w 39 tygodniu ciąży oraz jedno obumarcie płodu, do którego doszło przed ukończeniem tego tygodnia ciąży.

Jak zauważył doktor [Michael] Greene w swoim artykule w tym samym numerze pisma⁵ oraz doktor Lockwood³ i inni autorzy,⁶⁻¹⁰ u pewnego odsetka ciężarnych dojdzie do obumarcia płodu *in utero* w 39 tygodniu ciąży. Co jest gorsze: przejściowe zaburzenia oddycha-

nia u noworodka czy trwale uszkodzenie neurologiczne płodu?

Głównym problemem dotyczącym wniosków płynących z badania Tity było nieuwzględnienie w określaniu wieku ciążowego trzydniowego marginesu (liczba tygodni ± 3 dni). Czy nie powinniśmy odmiennie traktować pacjentek po zastosowaniu metod rozrodu wspomaganego medycznie i ciężarnych, u których badanie ultrasonograficzne wykonano przed 9 tygodniem ciąży i nie ma wątpliwości dotyczących dokładnego wieku ciąży? A jednak, dzięki zasadom schematyzacji i biurokratycznemu nadzorowi organizacje rządowe, March of Dimes (amerykańska organizacja non-profit mająca na celu m.in. ograniczanie odsetka porodów przedwczesnych i poprawę zdrowia noworodków – przyp. tłum.), a nawet nasze American College of Obstetricians and Gynecologists stworzyły środowisko, w którym nie ma wyjątków od reguły 39 tygodni.

W naszym ośrodku pacjentki zakwalifikowane do planowego cięcia cesarskiego regularnie rozpoczynają poród wcześniej, przyczyniając się do organizacyjnego koszmaru oraz zwiększając ryzyko powikłań. Jak przekonywał Salim,¹¹ a następnie wykazały szeroko zakrojone badania,¹² u 10% ciężarnych oczekujących na magiczny 39 tydzień poród rozpoczyna się w tygodniu poprzedzającym.

Cytując Hartleya Shawcrossa: „Przychodzi moment, kiedy człowiek przestaje odpowiadać przed swoim przełożonym, jeśli ma także odpowiadać przed swoim sumieniem”. Czy to nie czas dla naszej profesji, aby walczyć ze schematyzacją i biurokratyzacją położnictwa i ginekologii, jeśli wierzymy, że wspierają nas racjonalne dane dotyczące poszczególnych populacji naszych pacjentek?

Howard C. Mandel, MD, FACOG
Los Angeles, Kalifornia

PIŚMIENICTWO

1. Lockwood CJ. Industrialization of medicine: coming soon to a practice like yours! *Contemporary OB/GYN*. 2011;56(7):10-12.
2. Jacobs AJ. Is “progress” good for your practice? *Contemporary OB/GYN*. 2011;56(7):28-34.
3. Lockwood CJ. Elective repeat CD before 39 completed weeks can be risky. *Contemporary OB/GYN*. 2009;54(3):14-18.
4. Tita AT, Landon MD, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*. 2009; 360(2):111-120.

5. Greene MF. Making small risks even smaller. *N Engl J Med.* 2009;360(2):183-184.
6. Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis. *BMJ.* 1999;319(7205):287-288.
7. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet.* 1987;1(8543):1192-1194.
8. Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. *Obstet Gynecol.* 2000;96(5 Pt 1):779-783.
9. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998;105(2):169-173.
10. Smith GC. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(3):489-496.
11. Salim R, Zafran N, Shalev E. Timing of elective repeat cesarean delivery at term. *N Engl J Med.* 2009;360(15):1570; author reply 1570-1571.
12. Thomas J, Paranjothy S; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The national sentinel caesarean section audit report. London: RCOG Press; 2001.

ODPOWIADA DOKTOR LOCKWOOD

Dziękuję za Pański rozważny list. W sumie o ile zgadzam się, że biznes medyczny powinien opierać się na lepszej współpracy i partnerstwie między lekarzami i płatnikami, zawłaszcza tym największym – rządem Stanów Zjednoczonych – to nie uważam, aby właściwa praktyka kliniczna podlegała regulacji na tych samych zasadach. Wiele czynników uniemożliwia restrykcyjne tworzenie zasad przez organizacje zewnętrzne, włączając preferencje pacjentów, niejasne dane na temat najskuteczniejszych praktyk oraz zwykłą niepewność w ustalaniu ostatecznego rozpoznania.

W naszej praktyce rutynowo rozwiązujemy niektóre pacjentki przed ukończonym 39 tygodniem ciąży, na przykład ciężarne z cholestazą, u których, mając na celu zapobieganie zgonom wewnątrzmacicznym, przy udokumentowanym zwiększeniu stężenia kwasów żółciowych, kończymy ciążę na etapie 36 tygodnia, bez potwierdzenia dojrzałości płuc płodu.

Pracę Tity i wsp. poprzedziło wiele innych retrospektywnych badań pokazujących ten sam fakt: ogólnie każdy dzień poprzedzający ukończenie 39 tygodni w chwili urodzenia dziecka przynosi wzrost ryzyka zachorowalności noworodków wynikającej z wcześniactwa – głównie zaburzeń oddechowych. Innymi słowy, nie każda „donoszona” ciąża (tj. między 37 a 42 tygodniem) jest sobie równa. Ostateczne wyniki w odniesieniu do noworodków urodzonych w 37 tygodniu mogą się istotnie różnić od wyników dzieci urodzonych po 39 tygodniu.

Kluczowe zagadnienia

- Zasady schematyzacji i nadzór biurokratyczny spowodowały, że stworzono środowisko, w którym nie ma wyjątków od reguły 39 tygodni.
- Wiele czynników uniemożliwia restrykcyjne tworzenie zasad przez organizacje zewnętrzne, włączając preferencje pacjentów, niejasne dane na temat najskuteczniejszych praktyk oraz zwykłą niepewność w ustalaniu ostatecznego rozpoznania.

Niepokój takich organizacji, jak March of Dimes i innych wynika częściowo z obserwacji, że niektóre ośrodki i część lekarzy traktuje ciążę 37-tygodniową tak jak 39-tygodniową zarówno w aspekcie indukcji porodu, jak i wykonywania ponownego cięcia cesarskiego. Oczywiście rutynowa polityka czysto planowych porodów wyłącznie w „donoszonych” ciążach może przynieść więcej szkody niż pożytku i wiele dowodów wskazuje, aby czekać jedynie tak długo, jak to możliwe.

Tak jak w wielu innych przypadkach, jeśli my lekarze bylibyśmy w stanie sami sobie narzucać pewne zasady, ryzyko, że jakieś zewnętrzne organizacje chciałyby wprowadzać swoje regulacje, byłoby znacznie mniejsze. O ile w Yale nie zezwalamy na planowe kończenie ciąży przed 39 tygodniem ciąży, to jeśli któryś z lekarzy uważa, że istnieje ku temu uzasadnione wskazanie, istnieje możliwość nieformalnej konsultacji z lekarzem nadzorującym i jeśli jest on podobnego zdania, procedura może być wykonana.

Jeżeli chodzi o problem pacjentek zakwalifikowanych do ponownego elektywnego cięcia cesarskiego, u których poród spontanicznie rozpoczyna się przed 39 tygodniem ciąży, ma Pan rację, nie znaleziono dotychczas dobrego rozwiązania, które opierałoby się na wszechstronnym podejściu klinicznym, ale przypuszczam, że jest to kwestia poddawana intensywnej analizie.

Jeszcze raz dziękuję za Pańskie zainteresowanie *Contemporary OB/GYN*.

Z najlepszymi życzeniami
Charles J. Lockwood, MD, MHCM
Redaktor naczelny

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No 9, September 2011. Let ob/gyns practice smart medicine: Change the 39-week rule.