

Czyżby powrót szwu szyjkowego?

Charles J. Lockwood, MD

Pod koniec lat 90. XX wieku chyba co tydzień zakładałem szwy szyjkowe. Przyczyną tego było po części przypadkowe rozpoznawanie krótkiej szyjki macicy w badaniach USG wykonywanych u pacjentek z grupy małego ryzyka, częściowo stwierdzenie krótkiej szyjki macicy u kobiet z porodami przedwczesnymi w wywiadzie i częściowo u kobiet, u których po konizacjach szyjki macicy były istotnie skrócone.

Kobiety z grupy małego ryzyka, u których przypadkowo wykryto krótką szyjkę macicy

Do 2001 roku wyniki licznych badań naukowych zasiały wątpliwości dotyczące przydatności zakładania szwu szyjkowego u kobiet z grupy małego ryzyka, bez żadnych objawów klinicznych, u których w rutynowo wykonanym badaniu USG stwierdzono krótką szyjkę macicy.^{1,2} W 2004 roku badanie wykonane przez Kyprosa Nicolaidesa z Fetal Medicine Foundation ostatecznie zamknęło drzwi zakładaniu szwów szyjkowych po badaniu USG u kobiet z grupy małego ryzyka.³ Badacze ci wykonali wielośrodkowe randomizowane badanie kontrolowane, w którym porównywano założenie szwu szyjkowego sposobem Shirodkara ($n=127$) z postępowaniem zachowawczym ($n=126$) u kobiet z krótką szyjką macicy ($\leq 1,5$ cm), co zostało stwierdzone w rutynowo wykonywanym badaniu USG w 22-24 tygodniu ciąży. Głównym punktem końcowym badania była częstość porodów przed 33 tygodniem ciąży. Stwierdzono, że częstość porodów przedwczesnych była podobna w obu grupach (odpowiednio 22 vs 26%) i nie stwier-

dzono istotnych różnic w chorobowości i śmiertelności okołoporodowej między obiema grupami. Autorzy podsumowali, że u kobiet z przypadkowo rozpoznaną krótką szyjką macicy szew szyjkowy nie powodował istotnego zmniejszenia ryzyka porodu przedwczesnego.

Biorąc pod uwagę te wyniki, krótka szyjka macicy około 20 tygodnia ciąży wywołuje niepokój zarówno u położnika, jak i jego pacjentek. Większości z nas otuchy dodało kolejne doniesienie grupy Nicolaidesa mówiące o tym, że progesteron podawany dopochwowo w tej grupie kobiet powoduje przedłużenie trwania ciąży.⁴ W tym badaniu badacze mierzyli długość szyjki macicy w przezpochwowym badaniu USG około 22 tygodnia ciąży u 24 620 kobiet, u których stwierdzono szyjkę macicy długości 1,5 cm lub mniej. Zostały one randomizowane do grupy otrzymującej progesteron dopochwowo (200 mg wieczorem, $n=125$) lub placebo ($n=125$) od 24 do 34 tygodnia ciąży. Samoistne porody przedwczesne przed 34 tygodniem ciąży występowały rzadziej w grupie przyjmującej progesteron w porównaniu z grupą placebo (19,2 vs 34,4%, ryzyko względne [RR] 0,56, 95% przedział ufności [PU] 0,36-0,86). Przyjmowanie progesteronu wiązało się ze zmniejszeniem, choć nieistotnym, chorobowości noworodków (8,1 vs 13,8%). Uzbrojeni zatem w na pewno bezpieczną i skuteczną metodę leczenia alternatywną dla szwu szyjkowego u kobiet z przypadkowo stwierdzoną krótką szyjką macicy szczęśliwie przestaliśmy go zakładać w tej grupie pacjentek.

Kobiety z grupy dużego ryzyka z rozpoznaną w badaniu USG krótką szyjką macicy

A co z przydatnością szwu szyjkowego u kobiet z grupy dużego ryzyka, które mają w wywiadzie porody przedwczesne i w 20 tygodniu ciąży

w badaniu USG stwierdzono u nich istotne skrócenie szyjki macicy? Posługując się analizą wieloczynnikową 4 badań randomizowanych dotyczących zastosowania szwów szyjkowych u kobiet z krótką ($< 2,5$ cm) szyjką macicy w zapobieganiu porodowi przedwczesnemu przed 35 tygodniem ciąży, Vincenzo Berghella, MD i wsp. stwierdzili, że szew szyjkowy wiązał się z mniejszym wskaźnikiem wcześniactwa, głównie w grupie kobiet w ciążach pojedynczych z porodem przedwczesnym w wywiadzie (iloraz zagrożeń HR=0,66, 95% PU 0,45-0,92).⁵ Autorzy ci stwierdzili, że konieczne jest założenie 7,6 szwu, aby zapobiec jednemu porodowi przedwczesnemu. Jak na ironię, u kobiet w ciążach bliźniaczych szew szyjkowy wiązał się z istotnie większym ryzykiem porodu przedwczesnego i zaobserwowano trend w kierunku wzrostu śmiertelności okołoporodowej.

Badanie Vaginal Ultrasound Cerclage Trial nieco rozjaśnia obraz. W tym badaniu pacjentki z porodem przedwczesnym przed 35 tygodniem ciąży w wywiadzie miały wykonany ultrasonograficzny pomiar długości szyjki macicy i zostały losowo przydzielone do grupy, w której zakładano szew szyjkowy lub do grupy bez szwu.⁶ Spośród 831 kobiet, u których dokonano początkowego pomiaru długości szyjki macicy, u 318 (31%) stwierdzono, że wynosi ona mniej niż 2,5 cm i 302 zostały randomizowane do grupy bez szwu szyjkowego ($n=153$) lub grupy, w której zakładano szew szyjkowy ($n=148$). Częstość porodów przedwczesnych przed 35 tygodniem ciąży nie różniła się istotnie między obiema grupami: 32% w grupie po szwie w porównaniu z 42% w grupie bez szwu (iloraz szans [OR] 0,67, 95% PU 0,42-1,07). Analiza podgrup wykazała jednak, że kobiety z grupy, w której długość szyjki wynosiła mniej niż 1,5 cm, odniosły istotne korzyści

Dr Lockwood, editor in chief Contemporary OB/GYN, Anita o Keffe Young Professor and chair, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

z założenia szwu szyjkowego (OR 0,23, 95% PU 0,08-0,66), natomiast w grupie z szyjką długości 1,5-2,4 cm nie zaobserwowano żadnych korzyści. Analiza metodą Kaplana-Meiera również wykazała istotny korzystny wpływ szwu szyjkowego tylko w grupie, w której długość szyjki wynosiła mniej niż 1,5 cm.

Konizacja w przeszłości

Jedno z największych wyzwań dla ginekologów i położników stanowi problem, czy pacjentkom po konizacji, która spowodowała skrócenie szyjki macicy, należy zakładać szew szyjkowy. Konizacja zimnym nożem wiąże się z istotnym zwiększeniem ryzyka zarówno okołoporodowej śmiertelności (RR 2,87, 95% PU 1,42-5,81), jak i ekstremalnie przedwczesnych porodów przed 28-30 tygodniem ciąży (RR 5,33, 95% PU 1,63-17,40).⁷ Ponadto ryzyko wcześniactwa utrzymuje się niezależnie od zastosowanej metody (LEEP w porównaniu z zim-

nym nożem) i zwiększa się wraz z liczbą konizacji.⁸ Rzeczywiście stwierdzono, że u kobiet, które miały wykonane dwie konizacje, skorygowany iloraz zagrożenia porodem przedwczesnym przed 28 tygodniem ciąży wynosi 9,8 (95% PU 1,4-70). Ponadto głębokość cięcia wykonanego w trakcie operacji koreluje z ryzykiem wcześniactwa i zwiększa się ono o około 6% na każdy dodatkowy milimetr wyciętej tkanki (OR 1,06, 95% PU 1,03-1,09).⁹ Te dane pozwalają przypuszczać, że istnieje mechaniczny związek przyczynowy i stąd wynika potencjalne znaczenie założenia szwu szyjkowego. Posiadamy również dowody, że dysplazja szyjki macicy dużego stopnia (CIN3) sama w sobie lub towarzyszące jej zaburzenia immunologiczne, bądź zakażenia są pierwotnymi czynnikami ryzyka wcześniactwa, a nie sam zabieg konizacji.¹⁰ W tej ostatniej grupie wątpliwe, aby zaszywanie szyjki macicy zahamowało proces biochemiczny.

Co należy zapamiętać z tego artykułu

Które pacjentki z twojej praktyki są kandydatkami do założenia szwu? Na podstawie dostępnych obecnie dowodów naukowych zalecałbym następujące strategie postępowania:

- Założenie szwu szyjkowego z wyboru można zalecić bardzo niewielkiej grupie pacjentek z klasyczną niewydolnością szyjki macicy w wywiadzie: z nawracającym (≥ 3) niebolesnym rozwieraniem się szyjki macicy oraz porodem przed ukończeniem 24 tygodnia ciąży bez towarzyszących histologicznych lub klinicznych cech stanu zapalnego błon płodowych lub przedwczesnego oddzielenia się łożyska, dwóch najczęstszych przyczyn zaawansowanego porodu przedwczesnego. Szew szyjkowy w tej grupie pacjentek powinien być założony między 13 a 14 tygodniem ciąży. Należy potwierdzić czynność serca płodu oraz zaproponować wykonanie prze-

siewowych badań prenatalnych w kierunku aneuploidii.

- U kobiet, u których w obecnej ciąży w badaniu USG stwierdza się krótką szyjkę macicy, ale bez klasycznej niewydolności szyjki macicy i porodu przedwczesnego przed 35 tygodniem ciąży w wywiadzie, nie zaleca się zakładania szwu szyjkowego (na podstawie badania USG). U tych pacjentek powinno się rozważyć podawanie progesteronu dopochwowo.
- Założenie szwu szyjkowego na podstawie badania USG można rozważyć, jeśli spełnione są wszystkie następujące kryteria:
 - Poród przedwczesny przed 35 tygodniem ciąży w wywiadzie
 - Długość szyjki macicy wynosi 1,5 cm lub mniej (przezpochwowe badania USG wykonuje się co 1-2 tygodnie od 15 do 23 tygodnia ciąży)
 - Wiek ciążowy wynosi co najmniej 23 0/7 tygodnie

- Ciąża jest pojedyncza
- W badaniu tokograficznym nie stwierdza się czynności skurczowej
- Nie ma klinicznych ani ultrasonograficznych objawów przedwczesnego oddzielenia się łożyska
- Nie stwierdza się objawów jawnego klinicznie lub subklinicznego stanu zapalnego błon płodowych (tzn. u pacjentki nie występują żadne objawy kliniczne, a liczba krwinek białych jest prawidłowa). Jeśli którykolwiek z tych parametrów jest niejednoznaczny lub badanie USG sugeruje obecność stanu zapalnego (tzn. oddzielenie się błon płodowych lub obrzęk, lub zielone wody płodowe), należy wykonać amniopunkcję w celu wykluczenia zakażenia wewnątrzowodniowego.
- Stwierdzenie w wywiadzie faktu donoszenia ciąży po założeniu szwu szyjkowego nie jest wskaza-

niem do założenia szwu szyjkowego w kolejnej ciąży. Należy zebrać dokładny wywiad, sprawdzić historię choroby i wymienione powyżej kryteria.

- Obecnie nie ma żadnych wytycznych opartych na dowodach naukowych dotyczących postępowania u pacjentek po LEEP/konizacji. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.
- Wskazania do szwu szyjkowego diametralnie się zatem zmieniły w ciągu ostatniej dekady, ale teraz przyszło zatrzymać się gdzieś między tendencją do zbyt dużej rozrzutności stosowania procedur zabiegowych, która miała miejsce w połowie lat 90. XX wieku, a minimalizmem terapeutycznym, który panował w ciągu ostatnich kilku lat.

Contemporary OB/GYN, Vol. 55, No. 3, March 2010, p. 10. Is cerclage about to make a comeback?

Piśmiennictwo na str. 48

KOMENTARZ

*Prof. zw. dr hab. n. med.
Tomasz Paszkowski, Kierownik
III Katedry i Kliniki Ginekologii
UM w Lublinie*

Jestem gorącym zwolennikiem publikacji, które w „pigułce” dostarczają praktykowi najnowszych informacji opartych na dowodach (evidence based medicine, EBM). Praca Lockwooda w ten właśnie syntetyczny sposób porusza problem stosowania szwu okrężnego na szyjkę macicy. Autor słusznie odnosi się do tego tematu odrębnie w trzech grupach pacjentek, w których wnioski co do skuteczności szwu szyjkowego w prewencji porodu przedwczesnego są, najkrócej mówiąc, następujące:

- kobiety z grupy małego ryzyka, u których przypadkowo wykryto krótką szyjkę macicy – zakładanie szwu szyjkowego nie ma uzasadnienia, natomiast uzasadnienie

w świetle EBM posiada zastosowanie u tych pacjentek dopochwowo mikronizowanego progesteronu;

- kobiety z grupy dużego ryzyka z rozpoznaną w badaniu USG krótką szyjką macicy – przy długości szyjki poniżej 1,5 cm szew szyjowy powinien być rozważony, natomiast brakuje dowodów na jego skuteczność w tej grupie pacjentek przy długości szyjki 1,5-2,4 cm;
- konizacja w przeszłości – brakuje mocnych dowodów na skuteczność szwu szyjkowego w tych przypadkach; istnieją tylko teoretyczne przesłanki popierające jego stosowanie.

Dodatkową wartością tej pracy jest klarowne zdefiniowanie kryteriów kwalifikowania pacjentek do szwu okrężnego szyjki macicy.

Pytanie zadane w tytule tego opracowania ma, jak sądzę, celowo prowokacyjny charakter. Trudno bowiem

sobie wyobrazić, żeby jakkolwiek położnik będący w pełni sił umysłowych całkowicie zrezygnował ze stosowania szwu okrężnego na szyjkę macicy i nie sięgnął po niego na przykład u pacjentki z kilkoma porodami przedwczesnymi w wywiadzie, u której istnieją ultrasonograficzne wykładniki niekompetencji aparatu zamykającego macicę. To, co na szczęście wydarzyło się w tej kwestii w ostatnich kilku latach na świecie, to daleko idąca racjonalizacja wskazań do tej operacji w oparciu o EBM. W rezultacie radykalnie zmniejszyła się liczba zakładanych szwów szyjkowych. Trudno zatem mówić o powrocie szwu okrężnego na szyjkę macicy – należy raczej mieć nadzieję, że w dalszym ciągu będzie się umacniał trend w kierunku racjonalnego kwalifikowania do zabiegu tylko tych pacjentek, które mają szansę odnieść z niego korzyść.