

# Co zrobić, jeśli u kobiety z grupy małego ryzyka stwierdzimy krótką szyjkę macicy

William A. Grobman, MD, MBA w imieniu Society for Maternal-Fetal Medicine

**Pytanie.** Dwudziestodwulecioletnia pacjentka (ciąża I, poród I) zgłasza się na badanie USG w 22 tygodniu ciąży, w wywiadzie ginekologicznym nie ma istotnych problemów, do tej pory ciąża przebiegała bez powikłań. Płód pojedynczy, anatomia prawidłowa, ale w trakcie badania przez powłoki brzuszne szyjka macicy wydaje się skrócona. Następnie zostaje wykonane przezpochwowe badanie USG, w którym szyjka ma 19 mm długości. Jak należy postąpić w tym przypadku?

**Odpowiedź.** Jeśli w badaniu USG przez powłoki brzuszne stwierdza się, że długość szyjki macicy może być nieprawidłowa lub widoczne jest wpuklanie się pęcherza płodowego do kanału szyjki macicy, należy wykonać przezpochwowe badanie USG przez wyszkolonego diagnostę, po opróżnieniu pęcherza moczowego przez pacjentkę (ryc. 1). Długość szyjki macicy jest odwrotnie proporcjonalnie związana z ryzykiem porodu przedwczesnego. Punktem, w którym szyjka staje się „krótka”, określa się długość poniżej 10 centyla. W 22-24 tygodniu ciąży 10 centyl oznacza długość 25 mm, w 16-22 tygodniu – punkt odcięcia stanowi długość 30 mm.<sup>1,2</sup>

Ponieważ w grupie pacjentek małego ryzyka, takich jak pierworódki w ciążach pojedynczych poród przedwczesny występuje rzadko, większość kobiet, u których przypadkowo stwierdzimy krótką szyjkę macicy, wcale nie urodzi przedwcześnie. Ryzyko porodu przed 35 tygodniem ciąży po stwierdzeniu krótkiej szyjki macicy u pacjentek z grupy małego

ryzyka wynosi 14% (tzw. dodatnia wartość predykcyjna).<sup>3</sup>

Do tej pory żadne mocne dowody nie wykazały, aby jakkolwiek interwencja zmniejszała ryzyko porodu przedwczesnego u kobiet z grupy małego ryzyka, u których długość szyjki macicy w drugim trymestrze ciąży wynosi mniej niż 19 mm. Choć badacze przypuszczali, że założenie szwu szyjkowego w takiej sytuacji może przynosić korzyści, to żadne badanie kliniczne ani metaanaliza wykonana na podstawie tych badań nie wykazały zmniejszenia ryzyka porodu przedwczesnego po założeniu szwu szyjkowego u pacjentek bez objawów klinicznych należących do grupy małego ryzyka, których długość szyjki wynosi mniej niż 25 mm.<sup>4</sup>

Rozważano zastosowanie progesteronu jako potencjalnej metody leczenia zmniejszającej ryzyko porodu przedwczesnego u kobiet z grupy dużego ryzyka, w tym tych z krótką szyjką macicy. Ukończono tylko jedno badanie randomizowane dotyczące tego zagadnienia, jednak dotyczyło ono zróżnicowanej grupy pacjentek małego i dużego ryzyka, a do udziału zostały włączone tylko pacjentki, których szyjka macicy miała długość 15 mm lub mniej.<sup>5</sup> W tej grupie kobiet progesteron zmniejszył prawdopodobieństwo porodu przedwczesnego przed 34 tygodniem ciąży (ryzyko względne 0,56; 95% przedział ufności 0,36-0,86). Mimo że trwa randomizowane badanie kontrolowane dotyczące profilaktycznego stosowania progesteronu u pierwiastek, których szyjka ma mniej niż 30 mm długości, prowadzone za pośrednictwem NICHD MFMU Network, jego wyniki nie będą dostępne w najbliższej przyszłości.

Ostatecznie Berghella i wsp. połączyli dane z randomizowanych badań

klinicznych dotyczących leczenia indometacyną kobiet z krótką szyjką macicy, ale nie potrafili wykazać, że dzięki zastosowaniu tej metody interwencji porody przedwczesne przed 35 tygodniem występowały rzadziej.<sup>6</sup>

Skoro żadna z metod leczenia nie okazała się skuteczna w zmniejszeniu ryzyka porodu przedwczesnego u kobiet z omawianej grupy, należy wziąć pod uwagę występowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych porodu przedwczesnego i powiadomić pacjentkę o zwiększonym ryzyku porodu przedwczesnego. Chociaż niektórzy lekarze sugerują ograniczenie aktywności i wypoczynek w łóżku kobietom narażonym na zwiększone ryzyko porodu przedwczesnego, nie jest jasne, czy takie postępowanie zapobiega wcześniactwu i poprawia wyniki uzyskiwane u noworodków.<sup>7</sup>

## Czy w przypadku stwierdzenia lejkowatego wpuklenia się błon płodowych zmienia się postępowanie?

Lejkowate wpuklanie się błon płodowych rozpoznaje się w przypadku, gdy ujście wewnętrzne szyjki macicy jest otwarte, a w badaniu USG stwierdza się wpuklanie błon płodowych do kanału szyjki macicy (ryc. 2). Najnowsze analizy wykazały, że nie jest ono niezależnym czynnikiem ryzyka porodu przedwczesnego.<sup>8,9</sup> U kobiet z krótką szyjką macicy lejkowate wpuklanie się błon płodowych występuje częściej, a ryzyko porodu przedwczesnego jest związane z długością szyjki macicy, a nie obecnością lejka. Zgodnie z tym obecność lejkowatego wpuklenia błon płodowych u tej pacjentki (lub jakiejś innej) nie powinno prowadzić do zastosowania innej metody leczenia niż

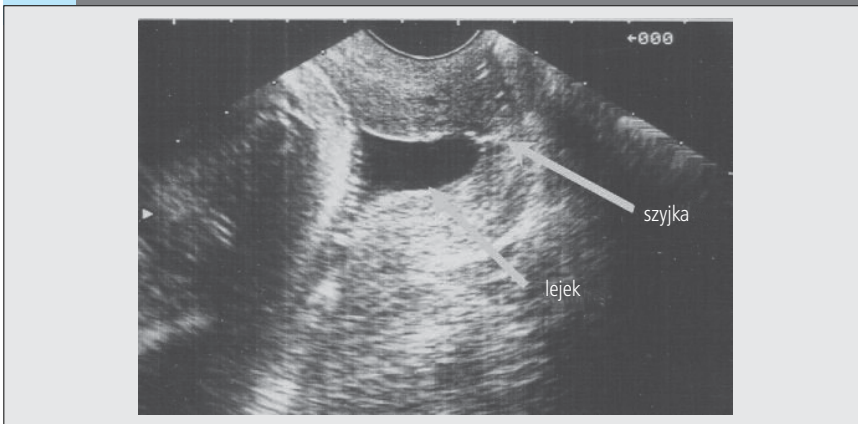
Dr Grobman, associate professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois.

RYCINA 1. Obraz szyjki macicy w przezpochwowym badaniu USG, z pomiarem długości szyjki



Należy zauważyć, że znaczniki umieszczono w ujściu wewnętrznym i zewnętrznym szyjki macicy.  
Zdjęcie: William A. Grobman, MD, MBA

RYCINA 2. Zdjęcie wykonane w trakcie przezpochwowego badania USG szyjki macicy z lejkowatym wpukleniem się błon płodowych



ta, którą zalecono by po stwierdzeniu krótkiej szyjki macicy.

Należy wzmacniać przekonanie, że lejkowate wpuklenie pęcherza płodowego jest rozpoznaniem ultrasonograficznym rozwarcia ujścia wewnętrznego szyjki macicy. Jest to sytuacja odmienna od widocznego wpuklenia się pęcherza płodowego przez ujście zewnętrzne szyjki macicy do pochwy. W tym ostatnim przypadku niektórzy specjaliści uważają, że właściwe może być zastosowanie innych metod diagnostycznych, konsultacji i leczenia (np. amniopunkcja

w celu oceny obecności zakażenia czy założenie szwu ratunkowego).

### Czy w przypadku krótkiej szyjki macicy należy powtarzać pomiary w okresie ciąży?

Posiadamy niewielką liczbę dowodów naukowych świadczących o tym, że powtarzne ultrasonograficzne pomiary długości szyjki macicy dostarczają przydatnych informacji u kobiet z grupy małego ryzyka. Po stwierdzeniu, że długość szyjki macicy mieści się w normie, powtarzne wykonanie po-

miarów nie przyniesie korzyści, biorąc pod uwagę dużą ujemną wartość predykcyjną prawidłowego wyniku u kobiet z grupy małego ryzyka.

Wyniki niektórych badań pozwalają przypuszczać, że u kobiet z krótką szyjką macicy po kolejnych pomiarach ryzyko porodu przedwczesnego może zostać dokładniej określone. W jednej analizie kobiety, u których postępowało skracanie się szyjki macicy, wyjście na rzyko porodu przedwczesnego w porównaniu z tymi, u których nie stwierdzono zmiany długości (60 vs 26%,  $p=0,009$ ).<sup>10</sup> Obie grupy były jednak narażone na zwiększone ryzyko porodu przedwczesnego w porównaniu z kobietami, u których stwierdza się prawidłową długość szyjki macicy. Nie posiadamy żadnych danych, które pozwalałyby przypuszczać, że zmiana postępowania oparta na tych dodatkowych informacjach poprawiałaby uzyskiwane wyniki.

Sprawę komplikuje fakt, że w czasie ciąży mogą prawidłowo zachodzić różne zmiany oraz to, że nie określono optymalnego odstępu czasowego oraz częstości wykonywania kolejnych pomiarów.<sup>11</sup>

(Uwaga: Praktyka kliniczna ciągle się rozwija i poszczególne przypadki mogą się od siebie różnić. Ta opinia jest odzwierciedleniem stanu wiedzy w momencie jej przyjęcia do publikacji i nie została stworzona z zamiarem ustalania standardów opieki prenatalnej. Ta publikacja nie odzwierciedla opinii wszystkich członków Society for Maternal-Fetal Medicine.)

Contemporary OB/GYN, Vol. 54, No. 12, December 2009, p. 22. The finding of a short cervix in low-risk women.

### PIŚMIENNICTWO

1. Iams J, Goldenberg RL, Meis PJ, et al; for the National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. *New Eng J Med.* 1996; 334(9):567-572.
2. Hibbard JU, Tart M, Maawad AH. Cervical length at 16-22 weeks' gestation and risk for preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):972-978.
3. Iams JD, Goldenberg RL, Moawad AH, et al. The Preterm Prediction Study: can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified? *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(4):652-655.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 47