

Planowy poród z wyboru – co my robimy?

Sarah J. Kilpatrick, MD, PhD

Trzydzieści sześć procent planowych ponownych cięć cesarskich zostało wykonanych przed 39 tygodniem ciąży, a w niektórych ośrodkach ten wskaźnik wyniósł nawet 52%.¹ Czy to może być prawda?! Nie tylko jest to prawda, ale w wielośrodkowym badaniu prospektywnym dotyczącym 24 000 ponownych cięć cesarskich w grupie noworodków urodzonych przed 39 tygodniem ciąży stwierdzono istotnie częstsze występowanie posocznicy, zaburzeń oddechowych, konieczności stosowania wentylacji mechanicznej, hospitalizacji na oddziale intensywnej opieki noworodków trwającej dłużej niż 5 dni. Niepożądane zdarzenia u noworodków wystąpiły u 15% dzieci urodzonych w 37 tygodniu ciąży w porównaniu z 8% urodzonych w 39 tygodniu ciąży, hospitalizacja na oddziale intensywnej opieki noworodków dotyczyła 13% dzieci urodzonych w 37 tygodniu, a tylko 6% urodzonych w 39 tygodniu. Co gorsza, 4% dzieci urodzonych w 37 tygodniu ciąży miało zespół zaburzeń oddychania, podczas gdy w grupie urodzonej w 39 tygodniu ten zespół dotyczył tylko 1%. W przypadku tych cięć cesarskich nie było żadnych innych wskazań poza tym, że każda z matek miała cięcie cesarskie w przeszłości. Innymi słowy, nie było żadnych powodów, dla których wykonano je przed 39 tygodniem ciąży. Zbyt wczesne wykonanie operacji nie przynosiło żadnych korzyści, a w niektórych przypadkach spowodowało istotne powikłania.

W 1990 roku 10% ciąż zakończyło się indukcją porodu, ale do 2006 roku wskaźnik indukcji się podwoił, osiąga-

jąc wartość 22,5% wszystkich ciąż.² Co spowodowało ten wzrost? Czy dzięki tej interwencji udało nam się poprawić wyniki uzyskiwane u noworodków i matek? Mimo że w latach 1990–2003 wskaźnik zgonów płodów urodzonych w 28 tygodniu ciąży lub później zmniejszył się, to od 2003 roku nie zaobserwowano dalszych zmian.³ Śmiertelność matek nie zmalała od 1982 roku.

Z pewnością duża liczba tych indukcji ma uzasadnienie i jedną ze zmian, które dokonały się w praktyce klinicznej od 1990 roku, było zwiększenie częstości wykonywania USG we wczesnej ciąży, co poprawiło określanie wieku ciążowego. Jedną z korzyści związanych z dokładniejszą oceną wieku ciążowego to określenie, kiedy pacjentka jest po terminie porodu. Niewątpliwie duża liczba z tych indukcji stanowi odzwierciedlenie panującego trendu przeprowadzania indukcji raczej po ukończeniu 41 tygodnia ciąży, a nie dopiero po 42 lub 43 tygodniu. Wskaźnik porodów po ukończeniu 40 tygodnia ciąży zmalał. Wiąże się to ze zwiększeniem liczby indukcji. Część indukcji wynika z wykonywania ich po terminie porodu i jest to uzasadniony powód zwiększenia się ich liczby.² Niestety, wskaźnik noworodków z małą masą urodzeniową od 1990 roku zwiększył się do 8,3% w 2006 roku, a porodów pojedynczych odbywanych między 37 a 39 tygodniem ciąży zwiększył z 41% w 1990 roku do 55% w 2006 roku.² Ten wzrost jest niepokojący w świetle zwiększenia liczby indukcji oraz coraz wyższego odsetka planowych cięć cesarskich przed 39 tygodniem ciąży.

Nie wiemy, jak wiele z 22% to indukcje planowe z wyboru, jednak uogólniając wyniki wymienionego powyżej badania dotyczącego cięć cesarskich, można przypuszczać, że planowe indukcje stanowią dużą ich

część. Co to znaczy planowe z wyboru? To oznacza, że nie ma żadnych medycznych wskazań do ukończenia ciąży oraz nie ma żadnych powodów, aby uważać, że zakończenie ciąży poprawi wyniki uzyskiwane u matek i noworodków oraz nie stwierdza się swoistych płodowych lub matczynych wskazań. Innymi słowy, nie ma żadnych korzyści z przeprowadzenia indukcji. Za każdym razem, gdy rozważa się zastosowanie jakiegokolwiek interwencji medycznej, lekarze muszą porównać korzyści i ryzyko. Ryzyko dla płodu związane z porodem przed 39 tygodniem ciąży jest związane z niedojrzałością, o czym wspomiano wcześniej, i może być istotne. A co z matką, czy istnieje jakieś ryzyko dla matki związane z indukcją? U pierwiastek, u których przeprowadza się indukcję porodu, zwłaszcza tych z niepodatną szyjką macicy, stwierdza się zwiększone ryzyko konieczności wykonania cięcia cesarskiego. To ryzyko wydaje się ograniczone tylko do grupy pierwiastek.⁴ U pacjentek, u których przeprowadza się indukcję porodu, w porównaniu z rodzącymi naturalnie, stwierdza się zwiększone ryzyko krwotoku i konieczności przetoczenia krwi.⁴ Ponadto zaobserwowano częstsze wykonywanie takich procedur, jak znieczulenie zewnątrzoponowe i monitorowanie płodu, a czas hospitalizacji kobiet, u których stosowano indukcję porodu, jest dłuższy.⁴

Możliwe, że wiedza naszych kolegów neonatologów dała położnikom fałszywe przeświadczenie i spowodowała, że zaczęliśmy coraz powszechniej przeprowadzać indukcje i planowe cięcia cesarskie przed 39 tygodniem ciąży. Neonatolodzy i ich pielęgniarki są wspaniali, ale ich możliwości nie są na tyle doskonałe, aby uzasadniały planowy poród przed 39 tygodniem ciąży. Czy 15% ryzyko wystąpienia powikłań u płodu, ze zgonem włącznie, jest warte wykonania

Dr Kilpatrick, Teresa S. Falcon Cullinan Professor, Head Department of Obstetrics and Gynecology, Vice Dean, College of Medicine, University of Illinois, Chicago, IL. Jest również członkiem komitetu redakcyjnego Contemporary OB/GYN.

procedury, która nie przynosi żadnych korzyści dla matki?

Jako lekarze powinniśmy się opierać na dobrze udokumentowanych przesłankach. Podstawowa zasada w naszym zawodzie to przede wszystkim nie szkodzić. Ukończenie ciąży przed 39 tygodniem bez żadnych

wskazań matczynych ani płodowych jest potencjalnie szkodliwe zarówno dla matki, jak i dla noworodka. Należy pacjentkę poinformować o tym ryzyku. Należy powstrzymać się, pohamować i przede wszystkim nie szkodzić.

Contemporary OB/GYN, Vol. 54. No. 9, October 2009, p. 12.
Elective delivery: What are we doing?

PIŚMIENNICTWO

1. Tita AT, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009;360:111-120.
2. Martin J, Hamilton B, Sutton P, et al. Births: Final Data for 2006. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;57:1-102.
3. MacDorman M, Kirmeyer S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2005. *Natl Vital Stat Rep.* 2009;57:1-19.
4. Grobman WA. Elective induction: When? Ever? *Clin Obstet Gynecol.* 2007;50:537-546.