

Kraków, 18.01.2022 r.

Komentarz do artykułu

„Porównanie polskich i niemieckich wytycznych dotyczących indukcji porodu”

Artykuł Karoliny Gasz „Porównanie polskich i niemieckich wytycznych dotyczących indukcji porodu” to bardzo ciekawa praca pogładowa, w której autorka w sposób bardzo skrupulatny porównała polskie i niemieckie rekomendacje odnoszące się do problemu indukcji porodu. Warto podkreślić, że pojęcie niemieckie wytyczne obejmuje także wytyczne austriackie oraz szwajcarskie. Zarówno w polskich, jak i niemieckich wytycznych podkreślona jest odpowiednia kwalifikacja i wskazania do wykonania indukcji porodu, choć w wytycznych niemieckich istnieje pojęcie indukcji porodu na żądanie pacjentki co według mnie pozostaje kwestią dosyć kontrowersyjną, szczególnie w dobie ograniczania medykalizacji porodu. Autorzy polskich i niemieckich wytycznych są zgodni, że podstawą sukcesu indukcji porodu jest przygotowanie lub gotowość szyjki macicy do jej wykonania.

Biorąc pod uwagę możliwe wskazania, a przede wszystkim przeciwwskazania do indukcji, należy stwierdzić, że zarówno przebyte operacje na trzonie macicy, jak i łożysko niskoschodzące nie są przeciwwskazaniami do indukcji porodu w realiach niemieckich. Również rak inwazyjny szyjki macicy oraz porodowe urazy zwieraczy odbytu nie są traktowane w wytycznych niemieckich jako przeciwwskazania. Powyższe stoi w opozycji do polskich wytycznych. W ocenie autora niniejszego komentarza rozległe przebyte operacje na trzonie macicy oraz brak sprawności zwieraczy odbytu po urazie okołoporodowym powinny być jednak przeciwwskazaniem do indukcji porodu i zarazem stanowić wskazanie do zabiegowego zakończenia ciąży. Tylko prawidłowe funkcjonowanie zwieraczy odbytu po ich urazie daje potencjalną możliwość odbycia porodu drogami natury. Poporodowa dysfunkcja zwieraczy, biorąc pod uwagę potencjalne ryzyko jej pogłębienia powinna być przeciwwskazaniem do indukcji porodu. Pracując na bloku porodowym, widziałem śródporodowe pęknięcia macicy w miejscu po

usunięciu dużych śródściennych mięśniaków macicy. Brak wglądu w historię przebytej miomektomii oraz wielkości i sposobu zaopatrzenia łoży po usuniętym mięśniaku (koagulacja v. szycie) w mojej ocenie powinno kwalifikować pacjentkę do cięcia cesarskiego.

Oceniając możliwe wskazania do indukcji porodu, wnioskuję, że zarówno polskie, jak i niemieckie rekomendacje w swym brzmieniu są podobne, a różnią się w szczególnych przypadkach. W przypadku przedwczesnego odpływania płynu owodniowego i objawów infekcji wewnątrzmacicznej polskie wytyczne są jednoznaczne w aspekcie dążenia do zakończenia ciąży, co wydaje się być oczywiste. Na komentarz zasługują rozbieżności w kwalifikacji do indukcji w grupie ciężarnych chorujących na cukrzycę. Wytyczne niemieckie w przypadku cukrzycy ciężarowej leczonej insuliną zalecają zakończenie ciąży po ukończeniu 40. tygodnia, natomiast cukrzyca kontrolowana dietą nie stanowi wskazania do wcześniejszego zakończenia ciąży. Wiadomym jest, że niestabilna cukrzyca ciążowa, cukrzyca w ciąży czy też przedciążowa powinny być wskazaniem do kontrolowanego zakończenia ciąży ze względu na wzrastający wraz z wiekiem ciążowym odsetek powikłań zarówno ze strony matki, jak i płodu. Autor komentarza skłania się do niemieckich rekomendacji w aspekcie braku wskazań do indukcji porodu w ciąży powikłanej cukrzycą ciążową kontrolowaną dietą. Również obniżenie kryterium spodziewanej masy płodu z 4500 g do 4000 g w zaburzeniach glikemii jako rozpoznania makrosomii wydaje się trochę sztuczne — doświadczenia Niemiec, Austrii i Szwajcarii jednoznacznie to potwierdzają. Czytając wskazania do indukcji w ciąży powikłanych zaburzeniami wzrastania płodu, cholestatą ciążową czy też nadciśnieniem (przewlekłym oraz ciążowym), nie można znaleźć daleko idących różnic w postępowaniu rekomendowanym przez polskie i niemieckie wytyczne. Ciekawe z punktu widzenia praktycznego są implikacje

wynikające z faktu, że w indukcji porodu po przebyciu cięciu cesarskim w przypadku przygotowanej szyjki macicy niemieckie wytyczne z wyboru dopuszczają oksytocynę lub amniotomię. W polskich realiach jesteśmy bardziej zachowawczy od zachodnich sąsiadów i dopuszczamy stymulację porodu oksytocyną po przebyciu cięciu cesarskim, podczas gdy *The International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) w ogóle nie zaleca stosowania oksytocyny do stymulacji czy indukcji porodu po cięciu cesarskim. W mojej ocenie nie ma przeciwwskazań do stymulacji porodu po cięciu cesarskim oksytocyną, przynajmniej do osiągnięcia aktywnej fazy I okresu porodu. Doskonale wiadomo, że przy prawidłowej kwalifikacji pacjentki do porodu drogami natury po cięciu cesarskim sukces takiego postępowania jest bardzo częsty, a ryzyko powikłań minimalne, szczególnie gdy stosuje się ciągły zapis kardiokardiograficzny. Biorąc pod uwagę restrykcyjne wytyczne FIGO tym bardziej kontrowersyjny jest fakt dopuszczenia dinoprostonu jako metody preindukcji porodu po cięciu cesarskim w niemieckich realiach. Warto się zatem zastanowić, czy prostaglandyny E2 nie mogłyby stać się alternatywą preindukcji porodu po cięciu cesarskich również w Polsce, zwłaszcza w szcze-

gólnych przypadkach — jak skrajnie nieprzygotowana szyjka macicy uniemożliwiająca zastosowanie metod mechanicznych.

Nie mogę w tym miejscu nie skomentować problemu stosowania prostaglandyn w preindukcji i indukcji porodu w kontekście omawianych wytycznych. W Polsce nadal pokutuje fałszywe przekonanie, że prostaglandyny a szczególnie mizoprostol powinny być przeciwwskazane do indukcji fizjologicznego porodu. Stoi to w opozycji z faktem, że mizoprostol na świecie jest najczęściej używanym preparatem do indukcji porodu w ciąży fizjologicznej. Według wytycznych krajów niemieckojęzycznych mizoprostol jest najskuteczniejszym lekiem wywołującym poród przy niedojrzałej szyjce macicy. Znajduje on również zastosowanie w indukcji czynności skurczowej w przypadku przygotowanej szyjki. Czas zatem obalić niekorzystny mit mizoprostolu w Polsce.

Zarówno w ocenie piszącego komentarz, jak i autorki pracy różnice w prezentowanych rekomendacjach wynikają głównie z subiektywnej interpretacji dostępnych dowodów naukowych, wyboru innych źródeł piśmiennictwa oraz braku wystarczających danych, w tym wysokiej jakości badań oraz preferencji ośrodków położniczych, z których pochodzą autorzy rekomendacji.

Z poważaniem
prof. dr hab. n. med. Hubert Huras
Kierownik Klinik Położnictwa i Perinatologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego