

Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego jednego z płodów w ciąży wielopłodowej

Premature rupture of membranes one fetus from a multiple pregnancy

Malinowski Witold

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

Streszczenie

Jednym z bardziej istotnych czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego i zakażenia wewnątrzmacicznego w ciążach wielopłodowych jest przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego (PROM).

W ciążach bliźniaczych zdarza się ono 3-krotnie częściej niż w ciążach z pojedynczym płodem. Odsetek ten jest jeszcze wyższy w przypadkach ciąży trojaczych i o jeszcze wyższej krotności. Stanowi on jedną z głównych przyczyn okołoporodowej zachorowalności i umieralności płodów i noworodków, a także ciężarnych.

Powikłanie to może prowadzić do wystąpienia wielu poważnych schorzeń zarówno u matek (np. zapalenia błon płodowych, potłogowego zapalenia błony śluzowej macicy lub posocznicy), jak również u płodów i noworodków (np. wcześniactwa, zespołu zaburzeń oddechowych, wrodzonego zapalenia płuc, krwawienia dokomorowego, posocznicy i martwiczego zapalenia jelit).

Ponadto PROM pozostaje nadal niezależnym czynnikiem ryzyka prowadzenia długotrwałej terapii bliźniąt w okresie poporodowym. Wyjątkowa sytuacja powstaje wówczas, kiedy do przedwczesnego pęknięcia błon płodowych dojdzie u jednego z płodów. W takich przypadkach współobecność w jamie macicy drugiego prawidłowo rozwijającego się płodu (lub płodów) znacznie utrudnia diagnostykę, jak również podjęcie decyzji odnośnie dalszego postępowania. W niniejszej pracy krytycznie prześledzono nieliczne piśmiennictwo światowe analizujące losy takich ciąż.

Słowa kluczowe: **cięża bliźniacza / postępowanie lekarskie / przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego /**

Adres do korespondencji:

Witold Malinowski
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Polska, 71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48
tel. (48) 600 850 073,
e-mail: witold05@op.pl

Otrzymano: 15.08.2011
Zaakceptowano do druku: 25.09.2011

Summary

In multiple gestation, premature rupture of fetal membranes (PROM) is an important risk factor for premature delivery and intrauterine infection.

The incidence of PROM in twin gestations is threefold of that in singleton pregnancies. The incidence in triplets occurs even more frequently, underlining the role of PROM as a leading cause of infant mortality and morbidity. Besides prematurity, the complications of PROM include umbilical cord compression due to oligohydramnios, cord prolapse, placental abruption, and chorioamnionitis. Together with PROM, chorioamnionitis is held responsible for significant maternal and neonatal morbidity, including endometritis and sepsis in the mother, and early-onset sepsis, respiratory distress syndrome, inborn pneumonia, bronchopulmonary dysplasia, intraventricular hemorrhage, and periventricular white matter injury in the neonate. Furthermore, in twin gestations, PROM remains an independent risk factor for long-term neonatal care. An uncommon situation develops when in multiple gestation PROM affects only one of the fetuses. In such cases, the co-existence in the uterine cavity of the properly developing fetus(es) can be a challenge for the process of medical decision-making.

In the present work, limited world literature on the topic was critically reviewed in search of the best possible recommendations for clinical management.

Key words: **premature rupture of fetal membranes / twins /
/ patient care management /**

Wstęp

W literaturze medycznej istnieje bardzo niewiele opracowań dotyczących przedwczesnego pęknięcia błon płodowych (ang. *Premature Rupture Of Fetal Membranes*, PROM) w ciążyach wielopłodowych.

Brak jest powszechnie akceptowanych standardów postępowania w takich przypadkach. Wyjątkowa sytuacja powstaje wówczas, kiedy w ciąży wielopłodowej u jednego z płodów dojdzie do PROM. W takich przypadkach współobecność w jamie macicy jednego lub większej liczby prawidłowo rozwijających się płodów z zachowanymi błonami płodowymi znacznie utrudnia diagnostykę jak również podjęcie decyzji odnośnie dalszego postępowania.

Częstość występowania

Ze względu na nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicy ciąży wielopłodowe są istotnie bardziej niż jedнопłodowe narażone na niebezpieczeństwo PROM: naruszenie ciągłości jaj płodowego zdarza się tu 3-krotnie częściej (12%) niż w ciążyach z pojedynczym płodem (4%) [1]. Odsetek ten jest jeszcze wyższy w przypadku ciąży trojaczych (31,4%) i o jeszcze wyższej krotności [2, 3]. Według innych danych PROM obserwowano w 2%–4% ciąży jedнопłodowych i 3%–7% bliźniaczych. W badaniach Mercera i wsp. PROM <26 tygodnia dotyczyło 1,4% ciąży bliźniaczych (co stanowiło aż 18,2% wszystkich ciąży z PROM w tym okresie zaawansowania ciąży) w porównaniu do 0,52% ciąży jedнопłodowych (OR:2,71) [4]. Von Dadelszen i wsp. wykazali ponadto, że w ciąży bliźniaczej średni wiek ciążowy, w którym doszło do przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego był niższy niż w jedнопłodowej i wynosił 31,3±3,8 tygodnia, a średni odstęp czasu od momentu pęknięcia błon płodowych do porodu bliźniąt 22,5 godziny [5]. W 89% przypadków poród nastąpił w ciągu 7 dni. W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono informacji na temat częstości występowania PROM w zależności od rodzaju kosmówkowości ciąży (jednokosmówkowa lub dwukosmówkowa), a także częstości występowania PROM tylko u drugiego z bliźniąt.

W 1997 r. Thomas i wsp. opublikowali bardzo interesujące, choć odmienne wyniki badań. Według nich, pomimo wyższego odsetka PROM w ciążyach bliźniaczych, częstość *chorioamnionitis* była wyższa w ciążyach jedнопłodowych [6]. Wy tłumaczeniem tego ustalenia mogą być obserwacje wskazujące na to, że w ciążyach bliźniaczych w porównaniu do pojedynczych istnieje krótszy odstęp czasu jaki upływa od momentu pęknięcia błon płodowych do porodu (odpowiednio 4,3 dni i 8,6 dni).

Etiologia

Etiologia PROM w ciążyach wielopłodowych wydaje się być podobna do tej, jaka istnieje w ciążyach jedнопłodowych. Najczęściej z powodu zakażenia błon płodowych drogą wstępującą z dolnego odcinka dróg rodnych. Nic zatem dziwnego, że do pęknięcia błon płodowych dochodzi zazwyczaj u płodu przoduującego. Kolejnym czynnikiem etiologicznym może być nadmierne rozciągnięcie ścian macicy. Według von Dadelszen i wsp. we wcześniejszym okresie ciąży istotną rolę odgrywa czynnik infekcyjny, zaś w późniejszym mechaniczne rozciągnięcie ścian macicy [7]. Stwierdzono również zależność pomiędzy częstością występowania przedwczesnego odpływania wód płodowych, a liczbą przeżytych porodów. Wyższy odsetek PROM u wieloródek jest prawdopodobnie wynikiem tego, że rozwarście i skrócenie kanału szyjki macicy pojawia się u nich częściej i we wcześniejszym okresie ciąży, co niewątpliwie sprzyja infekcji wstępującej i PROM.

W jednym z badań dotyczących ciąży bliźniaczych dwukosmówkowych dwuowodniowych wykazano, że wraz ze wzrostem liczby leukocytów w surowicy krwi matki wzrasta odsetek PROM we wcześniejszym (<30 tygodnia) okresie ciąży [7].

Ponadto, im niższy wiek ciążowy w chwili pęknięcia błon płodowych tym wyższy był odsetek powikłań infekcyjnych u matki i płodów. Występowanie posocznicy u bliźniąt było ponad 2-krotnie częstsze w przypadku PROM w ciąży trwającej poniżej 30 tygodnia niż powyżej. Zależy to prawdopodobnie od dwóch czynników: niewydolności układu immunologicznego u noworodka urodzonego przedwcześnie oraz od dłuższego

Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego jednego z płodów w ciąży wielopłodowej.

odstępu czasu jaki upłynął od chwili odpłynięcia płynu owodniowego do wystąpienia porodu. Wyniki tych badań sugerują, że we wczesnym okresie ciąży bliźniaczej (<30 tygodnia) PROM jest spowodowany przede wszystkim czynnikiem infekcyjnym.

Rodzaj pęknięcia błon płodowych

W większości przypadków, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego dotyczy bliźnięcia pierwszego (tj. przodującego). Niekiedy może wybiórczo dotyczyć płodu drugiego, zazwyczaj jako powikłanie związane z wykonywaniem procedur inwazyjnych, takich jak: amniocenteza w przypadku wielowodzia, laseroterapia w zespołach przetoczenia krwi pomiędzy płodami (TTTS) i odwróconej perfuzji tętnicznej (TRAP), a także pobranie krwi pępowinowej do badań laboratoryjnych [8, 9].

Powikłania

W ciążyach wielopłodowych PROM stanowi istotny czynnik ryzyka wcześniactwa i zakażenia wewnątrzmacicznego, stając się tym samym jedną z głównych przyczyn okołoporodowej zachorowalności i umieralności płodów i noworodków, a także ciężarnych. Powikłanie to może prowadzić do wystąpienia wielu poważnych schorzeń zarówno u matek (np. zapalenia błon płodowych, połogowego zapalenia błony śluzowej macicy lub posocznicy), jak również u płodów i noworodków (np. wcześniactwa, zespołu zaburzeń oddechowych, wrodzonego zapalenia płuc, krwawienia dokomorowego, posocznicy i martwiczego zapalenia jelit). Ponadto PROM pozostaje nadal niezależnym czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za konieczność prowadzenia długotrwałej terapii bliźniąt w okresie poporodowym. W jednym z badań wśród wszystkich noworodków leczonych w oddziale intensywnej opieki neonatologicznej, aż 19% było urodzonych z ciąży wielopłodowej powikłanej PROM. Powikłania matczyne związane z PROM są również częstsze po porodzie bliźniaczym niż pojedynczym, np. z częstością zapalenia błon płodowych sięgającą od 25% do 35% przypadków [10].

Badania wykazały, że w przypadku PROM odnoszącego się do pierwszego płodu w znacznie gorszej sytuacji znajduje się nie on, lecz bliźnię drugie, u którego po porodzie częściej występował zespół zaburzeń oddechowych, a także konieczność stosowania oddechu wspomaganego i tlenoterapii. [1, 7].

Bliźnię urodzone jako drugie obarczone jest także wyższym odsetkiem umieralności i zachorowalności okołoporodowej. Istnieją przypuszczenia, że istotną rolę odgrywa tu obecność u płodów rozbieżnej infekcji wewnątrzmacicznej. Od dawna wiadomo bowiem, że zakażenie wewnątrzmaciczne stymuluje dojrzewanie układu oddechowego płodu. Ponieważ bliźnię przodujące jest w sposób szczególny narażone na infekcję drogą wstępującą, to stymulacja syntezy surfaktanta jest u niego częstsza, bardziej nasilona i pojawia się we wcześniejszym okresie ciąży niż w drugiego z bliźniąt. To szersze narażenie na związaną z zakażeniem wewnątrzmacicznym sytuację stresową sprawia, że u pierwszego z noworodków do zaburzeń oddechowych po porodzie dochodzi rzadziej. Ten wzrost powikłań oddechowych i niższej punktacji Apgar u nieprzodującego bliźnięcia nie wydaje się być zależny od drogi i sposobu porodu.

Zatem celowe jest, aby w przypadku PROM u przodującego bliźnięcia ciężarna została poinformowana o większym zagrożeniu powikłaniami oddechowymi u drugiego płodu. Interesujący jest fakt, iż pomimo wystąpienia PROM jedynie u przodującego

płodu nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstotliwości występowania zachorowalności infekcyjnej pomiędzy bliźniętami (przodującym i nieprzodującym) [7].

Unikalnym powikłaniem dotyczącym wyłącznie ciąży bliźniaczej jednokosmówkowej dwuwodniowej jest przerwanie błon płodowych w obrębie przegrody rozdzielającej płody [11]. Prowadzi to do powstania wtórnej ciąży jednoowodniowej, w której bliźnięta rozwijają się we wspólnym worku owodniowym. Ciąże te obarczone są najwyższym stopniem ryzyka wystąpienia powikłań w ich przebiegu. Odsetek umieralności okołoporodowej płodów i noworodków wynosi tu od 28% do 60% [12].

Spowodowane jest to przede wszystkim wystąpieniem [13]:

1. powikłań pępowinowych – w ponad 70% przypadków:
 - zapętlenia i zawężenia sznurów pomiędzy sobą – 70%
 - okręcenia pępowiny jednego z płodów dookoła pępowiny, tułowia i/lub części drobnych drugiego płodu – 21,7%
 - wypadnięcie sznura pępowinowego płodu B przed część przodującą płodu A – 21,4%
2. wcześniactwa – w około 70%,
3. wad rozwojowych – 20%
4. powikłań charakterystycznych dla ciąż jednokosmówkowych (TTTS, TRAP),
5. powikłań charakterystycznych dla ciąż jednoowodniowych (płody niecałkowicie rozdzielone, płody pasożytnicze zewnętrznie),
6. zakleszczenia płodów.

Ponadto, u bliźniąt które przeżyły, stwierdza się po porodzie bardzo wysoki odsetek (20%–40%) zachorowalności poporodowej.

Do pęknięcia błon płodowych w obrębie przegrody rozdzielającej płody dochodzi zazwyczaj w sposób niezamierzony (jatrogeny) podczas wykonywania medycznych procedur inwazyjnych, takich jak amniocenteza lub laseroterapia [9]. Ale do takiego pęknięcia dojść może również w sposób samoistny, zazwyczaj w wyniku zakażenia lub zaburzeń rozwojowych błon płodowych. Taka przyczyna może stanowić wytłumaczenie niekiedy mylnie ustalanego rozpoznania ultrasonograficznego ciąży dwuwodniowej zamiast jednoowodniowej. Chociaż dokładna częstość powstawania wtórnej (tj. jatrogennej) ciąży jednoowodniowej jest nieznana, to spontaniczne przerwanie przegrody rozdzielającej jest prawdopodobnie zjawiskiem wyjątkowo rzadkim.

Rozpoznanie

W większości przypadków do przedwczesnego pęknięcia błon płodowych dochodzi u płodu przodującego. W takich sytuacjach rozpoznanie nie następuje większych problemów:

- uwidocznienie we wziernikach wód płodowych w pochwie,
- charakterystyczna krystalizacja wydzieliny pochwowej,
- wykrywanie fibronektyny płodowej w pochwie,
- test z nitrazyną,
- pH wydzieliny w pochwie,
- ultrasonograficzna ocena objętości płynu owodniowego.

Natomiast rozpoznanie może być znacznie utrudnione, kiedy do PROM dojdzie w obrębie błon płodowych płodu drugiego (nieprzodującego). Jedynym zewnętrznym objawem może być wówczas tylko okresowe wyciekanie płynu owodniowego i to zazwyczaj w niewielkiej ilości.

Bardzo istotne narzędzie diagnostyczne stanowi wówczas badanie ultrasonograficzne. Stwierdzenie zmniejszającej się wielkość kieszeni płynowej lub indeksu płynu owodniowego AFI w worku owodniowym drugiego płodu przemawia za odpływaniem wód płodowych [14].

Postępowanie

Postępowanie w przypadku ciąży wielopłodowej powikłanej przedwczesnym pęknięciem pęcherza płodowego zależy od kilku czynników: wieku ciążowego, dojrzałości płuc płodów, liczby płodów i ewentualnej obecności powikłań maczynych lub płodowych. Podobnie jak w ciążach jedнопłodowych, algorytm postępowania nakazuje zastosowanie antybiotyków i steroidów, jak również natychmiastowy poród w przypadku obecności infekcji u matki i/lub zagrożenia płodów.

Bez względu na wiek ciążowy, należy unikać badania palpacyjnego przez pochwę z powodu wzrostu ryzyka zakażenia wstępującego. Wystarczające jest uwidocznienie szyjki macicy w sterylnych wziernikach z jednoczesnym pobraniem wydzieliny z pochwy i kanału szyjki macicy do badania bakteriologicznego. Należy jednocześnie przeprowadzić diagnostykę w kierunku oceny stanu ciężarnej i płodów, stopnia zaawansowania porodu oraz obecności ewentualnych wykładników zakażenia wewnątrzmacicznego, wypadnięcia pępowiny i przedwczesnego oddzielenia łożyska.

Postępowanie w przypadku odpłynięcia płynu owodniowego u jednego z bliźniąt przed okresem przeżywalności płodów (< 23 tygodnia ciąży) mieści się w zakresie od postępowania wyczekującego aż do natychmiastowego zakończenia ciąży [4, 15].

W przypadku podjęcia decyzji o postępowaniu zachowawczym należy przede wszystkim wykluczyć obecność zakażenia wewnątrzmacicznego i przedwczesnego oddzielenia łożyska. W przypadku ich wystąpienia ciąża musi być natychmiast zakończona. W pozostałych przypadkach obowiązuje ścisły nadzór nad stanem matki i płodów aż do momentu zakończenia ciąży, czyli do chwili kiedy płód lub płody uzyskają zdolność do samodzielnego życia pozamacicznego.

Niestety, jak dotąd brak jest zobiektywizowanych badań, które pozwalałyby na opracowanie rekomendacji dotyczących optymalnego sposobu postępowania w tego rodzaju powikłaniu. Postawa wyczekująca prowadzi do narażenia matki na ryzyko zakażenia oraz wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym reżimem łóżkowym (jak zakrzepowe zapalenie żył głębokich, zatorowość płucna).

Ponadto, pomimo przedłużenia czasu trwania ciąży aż do okresu przeżywalności płodów, bliźnięta te pozostają nadal zagrożone wysokim ryzykiem noworodkowej zachorowalności i umieralności z powodu małowodzia, infekcji i wcześniactwa. Zatem w pewnych okolicznościach najlepszym postępowaniem może być zakończenie całej ciąży.

Wziąwszy pod uwagę złożoność problemów związanych z PROM przed 24 tygodniem ciąży rekomendowane powinno być postępowanie zindywidualizowane. Ciężarna musi być poinformowana o korzyściach i ryzyku dla niej i płodów wynikających z poszczególnych sposobów postępowania. Świadoma zgoda ciężarnej i jej męża na dany sposób postępowania musi być bezwzględnie uzyskana. Przed podjęciem właściwej decyzji pacjentce i jej rodzinie powinno być zapewnione wsparcie psychologiczne.

W ciąży wielopłodowej powikłanej PROM pomiędzy 23 a 31 tygodniem jej trwania, zalecane jest postępowanie zachowawcze [15]. Poród przed 32 tygodniem wiąże się bowiem ze znacznym ryzykiem noworodkowej zachorowalności i umieralności. Konieczny jest wówczas szczegółowy nadzór nad stanem matki i płodów, podanie kortykosterydów i antybiotyków, a niekiedy także tokolityków. W przypadku braku powikłań poród powinien być odroczony do 34 tygodnia ciąży lub pomiędzy 32 a 34 tygodniem jeżeli u każdego z bliźniąt dojrzałość płuc została potwierdzona.

Odpłynięcie płynu owodniowego pomiędzy 32 a 34 tygodniem ciąży usprawiedliwia niezwłoczne zakończenie ciąży, ale tylko w przypadku, kiedy dojrzałość płuc bliźniąt została udokumentowana. U bliźnięta z pękniętymi błonami płodowymi ocenę dojrzałości układu oddechowego płodu można dokonać zarówno w oparciu o badanie laboratoryjne wód płodowych wpływających z pochwy jak i pobranych na drodze amniopunkcji, zaś płodu z zachowanymi błonami na drodze amniocentezy.

Jeżeli potwierdzenie dojrzałości płuc bliźniąt daje wynik negatywny, rozbieżny pomiędzy bliźniętami lub jeśli brak jest możliwości pobrania płynu owodniowego od wszystkich płodów, to zaleca się wówczas postępowanie zachowawcze ze szczegółowym monitorowaniem w warunkach szpitalnych stanu płodów i matki oraz podaniem antybiotyków w dawkach terapeutycznych. Pomimo, że w tym okresie ciąży wpływ steroidów na dojrzewanie płuc u bliźniąt z PROM nie był badany, to przedporodowa kortykosterydoterapia powinna być zalecona aż do 34 tygodnia [16].

Tokoliza nie powinna być powszechnie stosowana, ponieważ ryzyko istotnej zachorowalności okołoporodowej noworodków w tym wieku ciążowym jest niskie. W przypadku braku czynności skurczowej macicy, a także po wykluczeniu takich stanów jak przedwczesne oddzielenie łożyska, niereaktywny zapis KTG i zapalenie błon płodowych poród powinien być przeprowadzony dopiero wówczas gdy ciąża osiągnie 34 tydzień trwania.

Reasumując, przy PROM w ciążach bliźniaczych trwających poniżej 34 tygodni należy zawsze rozważyć możliwość podania antybiotyków, glikokortykoidów oraz preparatów tokolitycznych. Trzeba jednak mieć na uwadze fakt, iż w ciążach wielopłodowych, w stosunku do pojedynczych, ryzyko zakażenia błon płodowych i połogowego zapalenia błony śluzowej macicy wzrasta 10-krotnie i to już po upływie 6 godzin od momentu pęknięcia pęcherza płodowego [17]. Do tej pory nie udało się jednoznacznie ustalić przyczyny tego zjawiska. Prawdopodobnie znaczącą rolę odgrywa tu duża powierzchnia przyczepu łożyska i/lub jeszcze bliżej nieokreślone czynniki immunologiczne.

W przypadku PROM w ciąży bliźniaczej powyżej 34 tygodnia, zaleca się zakończenie ciąży [18]. Dla płodów bowiem ryzyko wystąpienia powikłań okołoporodowych zależnych od wcześniactwa jest istotnie niższe niż ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego lub zgonu spowodowanego kompresją sznura pępowinowego.

W każdym przypadku należy jednak wdrożyć profilaktykę antybiotykową skierowaną przeciwko paciorkowcom z grupy B. Natomiast jeżeli brak jest wyników badania bakteriologicznego lub istnieją wykładniki infekcji wewnątrzmacicznej należy rozważyć podanie antybiotyku o szerokim spektrum działania.

Wybiórcze poronienie lub poród jednego z płodów

W przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego pierwszego płodu w bardzo wczesnym wieku ciążowym, w którym istnieje wysokie ryzyko umieralności lub poważnej zachorowalności noworodków, nie wszystkie płody muszą być urodzone w tym samym czasie co pierwszy. W wyjątkowych sytuacjach można dokonać selektywnego poronienia lub porodu pierwszego z nich, pozostawiając drugi płód w jamie macicy, aż do momentu uzyskania przez niego zdolności do samodzielnego życia pozamacicznego [19, 20, 21, 22].

Niekiedy nawet kilkudniowa przerwa pomiędzy porodami dzieci, w tym najbardziej krytycznym dla nich okresie, prowadzi do wyraźnego obniżenia odsetka ich umieralności i zachorowalności. Po raz pierwszy sposób ten opisali Dorfman i wsp. [23]. Opiera się on na założeniu, że ryzyko wstępującej infekcji może być zredukowane jeżeli zostanie wyeliminowany ciągły wyciek płynu owodniowego. Postępowanie takie zwiększa szansę na przedłużenie czasu trwania ciąży aż do momentu uzyskania przez drugi, pozostający w jamie macicy płód, zdolności do samodzielnego życia pozafonowego. W wybranych przypadkach i mając na uwadze poprawę rokowania, postępowanie takie może stanowić alternatywę dla bardzo wcześniejszego zakończenia całej ciąży wielopłodowej.

Odroczenie porodu kolejnego płodu lub płodów może być rozważane jedynie w przypadkach, gdy:

1. wiek kobiety wynosi powyżej 35 lat i jest to jej pierwsza ciąża,
2. wiek ciążowy <27 tygodni,
3. ciąża powstała po długotrwałym leczeniu niepłodności,
4. ciąża jest wynikiem zapłodnienia pozaustrojowego,
5. jest to ciąża bliźniacza dwukosmówkowa, trojaczka trójkosmówkowa, itd.,
6. płód przodujący znajduje się w położeniu podłużnym główkowym lub miednicowym.

Natomiast bezwzględne przeciwwskazania do zastosowania takiego rodzaju postępowania stanowią:

1. ciąża bliźniacza jednokosmówkowa,
2. oddzielenie łożyska pierwszego lub drugiego płodu,
3. ciężka postać preeklampsji,
4. wskazania matczyne i płodowe do niezwłocznego zakończenia ciąży,
5. infekcja wewnątrzrodniowa,
6. infekcja dróg rodnych matki,
7. pęknięcie pęcherza płodowego drugiego płodu,
8. położenie poprzeczne płodu przodującego,
9. ciąża u młodej kobiety,
10. nieprawidłowości rozwojowe lub zgon wewnątrzmaciczny pozostawianego płodu.

Postępowanie takie powinno być rozważane jedynie wówczas, gdy przy obecnej wiedzy medycznej przewidywane korzyści znacznie przewyższają ryzyko. Przed przystąpieniem do tego rodzaju procedury niezwykle istotne znaczenie posiada uzyskanie w pełni świadomej zgody rodziców. Ostateczna decyzja winna zawsze należeć do matki, która musi dokonać wyboru między ewentualnością zagrożenia jej zdrowia, a nawet życia, a możliwością pomyślnego urodzenia pozostającego w jamie macicy dziecka lub dzieci.

Alternatywą dla selektywnego porodu jednego z płodów w II trymestrze ciąży wielopłodowej jest dalsze jej kontynuowanie, nawet w przypadkach całkowitego rozwarcia kanału szyjki macicy [24].

De Catte i wsp. porównali wyniki 12 ciąży wielopłodowych powikłanych PROM pomiędzy 13 a 20 tygodniem ciąży, w których zastosowano postępowanie zachowawcze lub selektywne poronienie jednego z bliźniąt [25]. W 9 przypadkach ciężarne miały wdrożone postępowanie zachowawcze, bez antybiotyków i tokolityków, a w 3 selektywną terminację w ciągu 3 dni od momentu pęknięcia błon płodowych, z następowym 5 dniowym kursem antybiotykoterapii i cotygodniowym podawaniem kortykosterydów od 24 tygodnia ciąży. Średnia przerwa pomiędzy pęknięciem błon płodowych a porodem w postępowaniu zachowawczym wynosiła 7,4 tygodnia z przeżyciem tylko 3 płodów. W grupie z selektywnym poronieniem, dwie z trzech ciąży dotrzymały powyżej 33 tygodnia.

W innym badaniu Arias opisał 8 ciąży wielopłodowych powikłanych wystąpieniem PROM u przodującego płodu przed 24 tygodniem ciąży [26]. We wszystkich przypadkach dokonano selektywnego jego porodu. Ciężarne otrzymały antybiotyki o szerokim spektrum działania. Po spontanicznym lub indukowanym porodzie płodu przodującego sznur pępowinowy był podwiązany wewnątrz kanału szyjki macicy i przecinany. W celu zahamowania skurczów macicy podawano leki tokolityczne, a po ustaniu skurczów zakładano szew okrężny na szyjkę macicy. Profilaktyczna tokoliza za pomocą indometacyny była stosowana przez dalsze 48 do 72 godzin, a antybiotyki o szerokim spektrum działania przez tydzień. Po tym czasie ciężarne zostały wypisane do domu. Według autora, średni czas od założenia szwu do porodu wyniósł 48 dni. Chociaż niekiedy to bardzo inwazyjne postępowanie przyniosło sukces w postaci znacznego odroczenia terminu porodu pozostających w jamie macicy płodów, to doniesienia innych autorów są mniej pomyślne [26, 27, 28, 29].

Pomimo, iż liczba ciąży poddanych dotychczas takiemu postępowaniu jest stosunkowo niewielka, to wydaje się, że w starannie dobranych przypadkach wybiórcze poronienie lub poród płodu z przedwczesnym odpływaniem wód płodowych w okresie przed możliwością jego przeżycia pozamacicznego, może stanowić rozsądny wybór postępowania. Dalsze badania są jednak konieczne, aby sposób ten mógł być szeroko rekomendowany.

Piśmiennictwo

1. Mercer B, Crocker L, Pierce W, Sibai B. Clinical characteristics and outcome of twin gestation complicated by preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 1993, 168, 1467-1473.
2. Al-Suleiman S, Al-Jama F, Rahman J, Rahman M. Obstetric complications and perinatal outcome in triplet pregnancies. *J Obstet Gynaecol.* 2006, 26, 200-204.
3. Sassoon D, Castro L, Davis J, Hobel C. Perinatal outcome in triplet versus twin gestations. *Obstet Gynecol.* 1990, 75, 817-820.
4. Mercer B. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet. Gynecol.* 2003, 101, 178-193.
5. von Daddelsen P, Johnson J, Farquharson D, [et al.]. Multifetal pregnancy reduction and selective termination: the Canadian experience. *Fetal Diagn Ther.* 1999, 14, 360-364.

6. Myles T, Espinoza R, Meyer W, Bieniarz A. Preterm premature rupture of membranes: comparison between twin and singleton gestations. *J Matern Fetal Med.* 1997, 6, 159-163.
7. von Dadelszen P, Kives S, Delisle M, [et al.]. the association between early membrane rupture, latency, clinical chorioamnionitis, neonatal infection, and adverse perinatal outcomes in twin pregnancies complicated by preterm prelabour rupture of membranes. *Twin Res.* 2003, 6, 257-262.
8. Papanna R, Mann L, Johnson A, [et al.]. Chorioamnion separation as a risk for preterm premature rupture of membranes after laser therapy for twin-twin transfusion syndrome. *Obstet Gynecol.* 2010, 115, 771-776.
9. Papanna R, Molina S, Moise K, [et al.]. Chorioamnion plugging and the risk of preterm premature rupture of membranes after laser surgery in twin-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010, 35, 337-343.
10. Ross M, Downey C, Bemis-Heys R, [et al.]. Prediction by maternal risk factors of neonatal intensive care admissions: evaluation of > 59,000 women in national managed care programs. *Am J Obstet Gynecol.* 1999, 181, 835-842.
11. Gilbert W, Davis S, Kaplan C, [et al.]. Morbidity associated with prenatal disruption of the dividing membrane in twin gestations. *Obstet Gynecol.* 1991, 78, 623-630.
12. Alen V, Windrim R, Barrett J, Ohlsson A. Management of monoamniotic twin pregnancies. a case series and systematic review of the literature. *BJOG.* 2001, 108, 931-936.
13. Ezra Y, Shveiky D, Ophir E, [et al.]. Intensive management and early delivery reduce antenatal mortality in monoamniotic twin pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005, 84, 432-435.
14. Frigo P, Lang C, Sator M, [et al.]. Membrane thickness and PROM—high-frequency ultrasound measurements. *Prenatal Diagn.* 1998, 18, 333-337.
15. Graham III G, Gaddipati S. Diagnosis and management of obstetrical complications unique to multiple gestations. *Semin Perinatol.* 2005, 29, 282-295.
16. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000, 2, CD000065.
17. Suonio S, Huttunen M. Puerperal endometritis after abdominal twin delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994, 73, 313-315.
18. ACOG practice bulletin. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 1, June 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998, 63, 75-84.
19. Livingston J, Livingston L, Ramsey R, Sibai B. Second-trimester asynchronous multifetal delivery results in poor perinatal outcome. *Obstet Gynecol.* 2004, 103, 77-81.
20. Oyelese Y, Ananth C, Smulian JC, Vintzileos A. Delayed interval delivery in twin pregnancies in the United States: impact on perinatal mortality and morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192, 439-444.
21. Zhang J, Johnson C, Hoffman M. Cervical cerclage in delayed interval delivery in a multifetal pregnancy: a review of seven case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003, 108, 126-130.
22. Zhang J, Hamilton B, Martin J, Trumble A. Delayed interval delivery and infant survival: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004, 191, 470-476.
23. Dorfman S, Robins R, Jewell W, [et al.]. Second trimester selective termination of a twin with ruptured membranes: elimination of fluid leakage and preservation of pregnancy. *Fetal Diagn Ther.* 1995, 10, 186-188.
24. Rosbergen M, Vogt H, Baerts W, [et al.]. Long-term and short-term outcome after delayed-interval delivery in multi-fetal pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005, 122, 66-72.
25. De Catte L, Laubach M, Bougataf A, Mares C. Selective feticide in twin pregnancies with very early preterm premature rupture of membranes. *Am J Perinatol.* 1998, 15, 149-153.
26. Arias F. Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol.* 1994, 170, 1233-1237.
27. Hamersley S, Coleman S, Bergauer N, [et al.]. Delayed-interval delivery in twin pregnancies. *J Reprod Med.* 2002, 47, 125-130.
28. Abboud P, Gallais A, Janky E. Intentional delayed delivery in twin pregnancy. Two additional cases and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997, 75, 139-143.
29. Fayad S, Bongain A, Holthfeld P, [et al.]. Delayed delivery of second twin: a multicentre study of 35 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003, 109, 16-20.

Konferencje naukowo - szkoleniowe

UNIwersYTET ZDROWIA KOBIECY

Kobieta współczesna -
blaski i cienie



„UM w Poznaniu” „Ginekologia Polska”

Zapraszamy do wzięcia udziału w bezpłatnych konferencjach naukowo-szkoleniowych dla lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pacjentek w ramach Uniwersytetu Zdrowia Kobiety. Jako wykładowcy udział wezmą profesorowie rekomendowani przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

<p>Lekarze</p> <p>29 września 2011 – Olsztyn 5 listopada 2011 – Zamość 1 grudnia 2011 – Poznań 2 grudnia 2011 – Zielona Góra</p>	<p>Pielęgniarki i Położne</p> <p>16 września 2011 – Warszawa 29 września 2011 – Olsztyn 4 listopada 2011 – Lublin 5 listopada 2011 – Zamość 1 grudnia 2011 – Poznań 2 grudnia 2011 – Zielona Góra</p>
---	--

Tematy wykładów:

- Histerektomia – kiedy, jak i dlaczego?
- Postępowanie po nieskutecznych operacjach uroginekologicznych.
- Zespół bólowy miednicy mniejszej.
- Zastosowanie heparyn drobnocząsteczkowych w ginekologii i onkologii ginekologicznej.
- Diagnostyka i postępowanie w cukrzycy ciążyowej.
- Otyłość w ciąży – aspekty kliniczne, możliwości zapobiegania.
- Wczesne wykrywanie raka jajnika – obrazowanie, markery, proteomika.
- Kiedy i jak leczyć śródnałonkową neoplazję szyjki macicy.
- Estrogenoterapia lokalna – wskazania i korzyści.
- Mastalgia – diagnostyka i leczenie.
- Zaburzenia miesiączkowania – diagnostyka, leczenie.
- Algorytm postępowania w PCOS.
- Zasady leczenia chirurgicznego raka *endometrium*.
- Niedokrwiłość i jej leczenie.

<p>Pacjentki</p> <p>16 września 2011 – Warszawa 29 września 2011 – Olsztyn 4 listopada 2011 – Lublin 5 listopada 2011 – Zamość 1 grudnia 2011 – Poznań 2 grudnia 2011 – Zielona Góra</p>	<p>Dla pacjentek proponujemy wykłady z zakresu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antykoncepcja • profilaktyka i infekcje narządów płciowych • niepłodność • klimakterium, osteoporoza • opieka nad noworodkiem /niemowlęciem • profilaktyka nowotworowa
---	--

Zgłoszenia i informacje:
www.uniwersytetzdrowiakobiety.pl
konferencjeuzk@dranel.pl

Dranel Sp. Jawna
Pelikanów 47/49
02-843 Warszawa
tel. : +48 22 894 41 94; fax : +48 22 894 41 58