

Przedwczesne oddzielenie łożyska – czy istnieje alternatywa leczenia w II trymestrze ciąży?

Premature placenta abruption: is there any alternative treatment in the IInd trimester of pregnancy?

Grzegorz Raba

Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital w Przemyślu;
ordynator oddziału: dr n. med. Grzegorz Raba

Przeгляд Menopauzalny 2010; 4: 266–270

Streszczenie

Cel pracy: Przedstawienie oryginalnej metody leczenia przedwczesnego oddzielenia łożyska w II trymestrze ciąży poprzez hysterotomię z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej.

Materiał: Dwie kobiety ciężarne (24. i 23. tydzień ciąży) z ostrą postacią przedwczesnego oddzielenia łożyska wymagające rozwiązania ciąży.

Metoda: Nacięcie macicy z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej.

Wyniki: Kontynuacja ciąży do uzyskania pożądanej wewnątrzmacicznej dojrzałości płodów.

Wniosek: Zabieg hysterotomii z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej, wykonany u dwóch ciężarnych w przebiegu ostrego przedwczesnego oddzielenia łożyska, umożliwił kontynuację ciąży do uzyskania pożądanej wewnątrzmacicznej dojrzałości płodów i pozwolił uniknąć natychmiastowego rozwiązania ciąży cięciem cesarskim.

Słowa kluczowe: przedwczesne oddzielenie łożyska, hysterotomia, wcześniactwo

Summary

Objective: To present an original therapeutic method for placental abruption in the second trimester of gestation using hysterotomy with evacuation of a deciduous-placental haematoma.

Material: Two pregnant women with placental abruption requiring delivery (24th and 23rd week of gestation, respectively).

Method: Incision of the uterus with evacuation of a deciduous-placental haematoma.

Results: Intrauterine continuation of pregnancy until maturity of the fetuses.

Conclusion: Hysterotomy with evacuation of a deciduous-placental haematoma made it possible to continue pregnancy and avoid the necessity of immediate delivery by caesarean section.

Key words: placental abruption, hysterotomy, prematurity

Wstęp

Przedwczesne oddzielenie łożyska (*placental abruption* – PA) jest jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności noworodków, szczególnie urodzonych przedwcześnie [1]. Przedwczesne oddzielenie łożyska występuje w ok. 1% ciąży [1]. Najwyższy odsetek PA notuje się pomiędzy 24. a 26. tygodniem ciąży – z tendencją do obniżania wraz ze wzrostem wieku ciążowego [2]. Powikłane wstrząsem krwotocznym może być przyczyną wysokiej zachorowalności, a nawet śmiertelności u kobiet. U większości ciężarnych przyczyna PA jest nieznana, jed-

nak przyjmuje się, że bezpośrednią przyczyną tej patologii jest krwotok do przestrzeni doczesnowo-łożyskowej, powodujący oddzielanie kosmków [3]. Ponieważ leczenie PA zależy od wielu czynników, kluczowe znaczenie ma indywidualna analiza każdego przypadku z uwzględnieniem przebiegu klinicznego. Przedwczesne oddzielenie łożyska może mieć postać ograniczoną, o łagodnym przebiegu klinicznym i w takich przypadkach może być bezpiecznie leczone zachowawczo. W ciężkich postaciach wymaga intensywnego leczenia, zwykle poprzez pilne rozwiązanie ciąży cięciem cesarskim [3]. W sytuacji, gdy do ciężkiej postaci PA i porodu dochodzi w II tryme-

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Grzegorz Raba**, Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital w Przemyślu, ul. Monte Cassino 19, 37-700 Przemyśl, tel. +48 605 038 395, e-mail: g.raba@plusnet.pl

strze ciąży, ryzyko śmierci noworodka jest bardzo wysokie, a w przypadku przeżycia jego jakość stanowi istotny problem [4, 5]. W prezentowanej pracy przedstawiono wyniki leczenia dwóch kobiet z ostrą postacią PA w 24. i 23. tygodniu ciąży. Zastosowano metodę hysterotomii z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej z zachowaniem ciąży do osiągnięcia wewnątrzmacicznej dojrzałości płodów, warunkującej ich przeżycie i prawidłowy rozwój w środowisku pozamacicznym.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie oryginalnej metody leczenia przedwczesnego oddzielenia łożyska w II trymestrze ciąży polegającej na ewakuacji krwiaka pozałożyskowego drogą hysterotomii.

Materiał

Ciężarna 1.

Przypadek prezentowany na Światowym Kongresie FIGO 2006 (XVIII FIGO World Congress, 2006; 3: 103, FC3.31.6) [6].

Pacjentka, lat 22, ciąża I, tydzień 24. Objawy: ostry ból brzucha, skurcze, krwawienie z dróg rodnych. Kardiotokografia (KTG): skurcz tężcowy, zawężona oscylacja. Ultrasonografia (USG): płód pojedynczy, żywy, hipotroficzny o masie ciała 450 g. łożysko w dnie G-I, w przestrzeni pozałożyskowej krwiak o wymiarach 90 × 60 mm. Badania laboratoryjne: hemoglobina (Hb) – 11,2; hematokryt (Ht) – 30,6; płytki krwi (PLT) – 178; D-dimery – 632,7 ng/ml; stężenie białka C-reaktywnego (C-reactive protein – CRP) < 2 mg/l.

Ciężarna 2.

Pacjentka, lat 27, ciąża II, poród II, tydzień 23. Objawy: nagły ból brzucha, skurcze, krwawienie z dróg rodnych; KTG: niemożliwe do wykonania z powodu pobudzenia i żywej reakcji bólowej ze strony pacjentki; USG: płód pojedynczy, żywy o masie ciała 524 g. łożysko w ścianie przednio-bocznej lewej. W górnym biegunie krwiak 65 × 45 mm. Badania laboratoryjne: Hb – 9,9; Ht – 28,6; PLT – 136; D-dimery – 2354 ng/ml.

Metoda

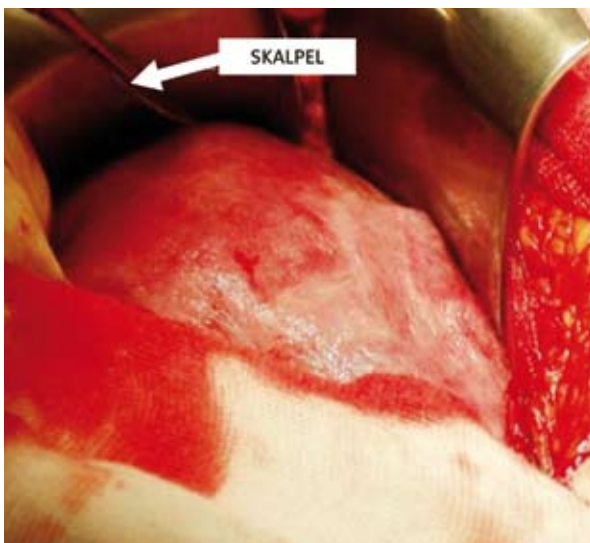
Opis techniki chirurgicznej

Powłoki jamy brzusznej otworzono cięciem poprzecznym nadłonowym (ciążarna 1.) oraz pośrednim dolnym (ciążarna 2.). Mięsień macicy nacinano na długości ok. 4 cm bezpośrednio nad zlokalizowanymi uprzednio za pomocą USG krwiakami, dbając o zachowanie ciągłości błon płodowych.

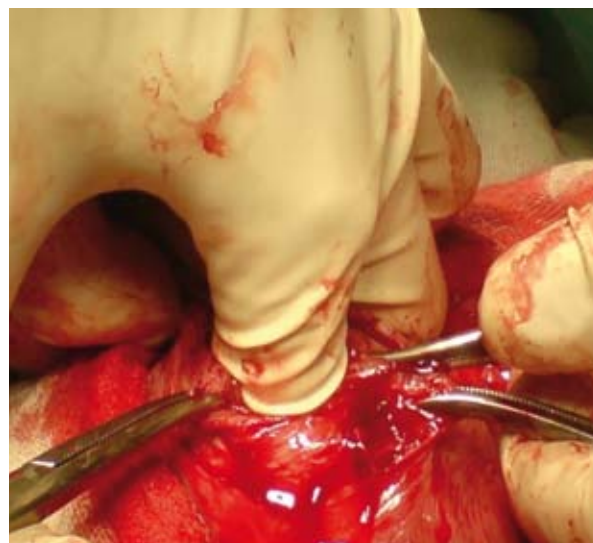
Następnie postępując się palcami oraz maczakami Tupfera preparowano przestrzeń pomiędzy mięśniem macicy i błonami płodowymi, uzyskując otwarcie przestrzeni krwiaków.

Po penetracji przestrzeni krwiaków odessano 280 ml (ciążarna 1.) oraz 180 ml (ciążarna 2.) skrzepów i hemolizowanej krwi.

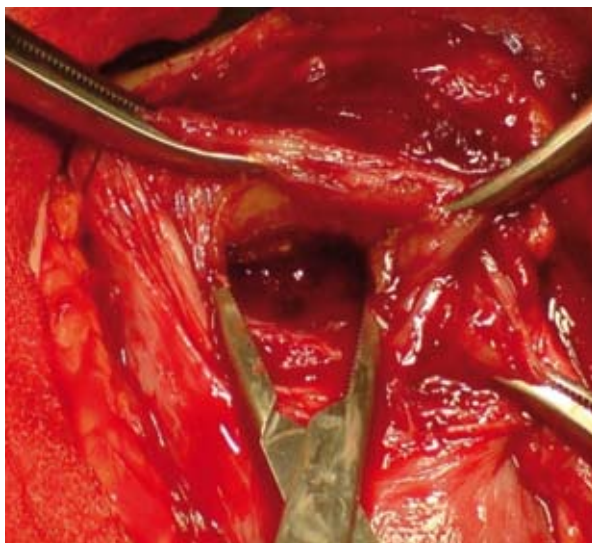
Oddzielone przez krwiaki, krwawiące powierzchnie maczyczne łożysk uciskano maczakami z gorącą solą, uzyskując hemostazę. W przypadku ciąży 1., z powodu krwawienia z łoża w mięśniu macicy po oddzieleniu fragmentu łożyska, założono szew „Z” przez całą grubość mięśnia macicy, obejmujący łożę. W przypadku 2. ciąży nie występowało krwawienie z oddzielenego mięśnia macicy, które wymagałoby założenia szwów



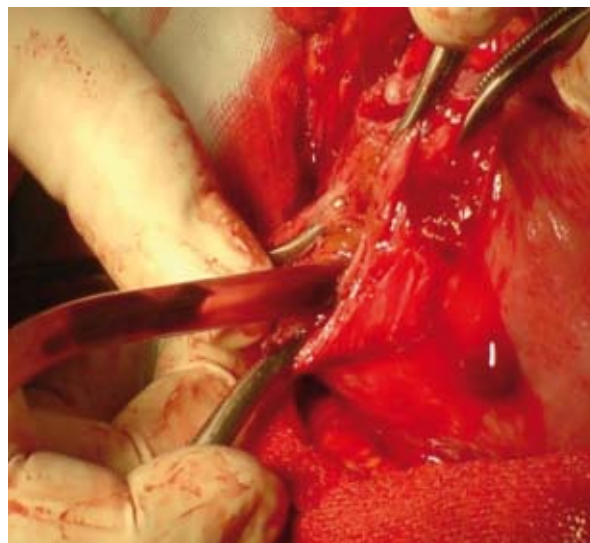
Ryc. 1. Nacięcie mięśnia macicy



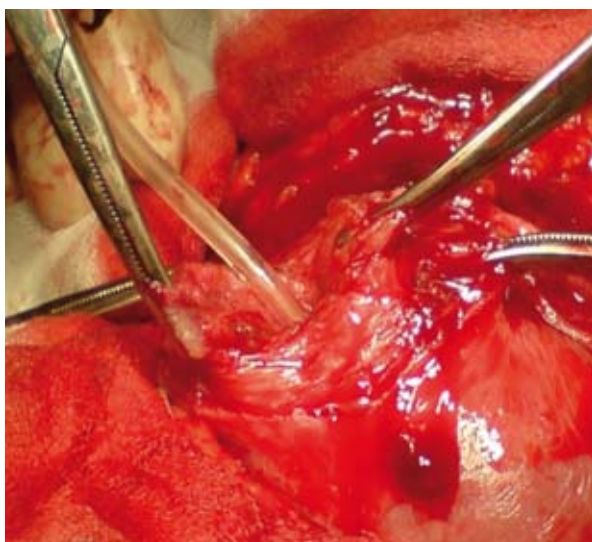
Ryc. 2. Otwarcie przestrzeni krwiaka



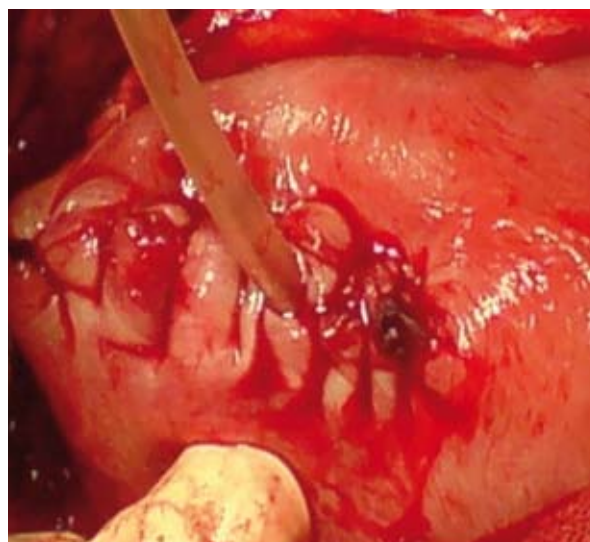
Ryc. 3. Krwiak



Ryc. 4. Odessanie krwiaka



Ryc. 5. Założenie drenu



Ryc. 6. Macica zamknięta szwami – stan końcowy



Ryc. 7. Obraz USG 10 min po zabiegu

hemostatycznych. Następnie do przestrzeni po usuniętych krwiakach zakładano dreny ssące średnicy 6F typu Redon, po czym nacięte brzozy mięśnia macicy zszywano dwuwarstwowo szwami Polyglactin 911.

Dreny wyprowadzono poprzez brzoż rany w mięśniu macicy, a następnie przez powłoki z osobnego nacięcia. Jamę brzuszłą zamykano w sposób typowy, bez otrzewnowania.

Dreny ssące usuwano po 24 godz., po uzyskaniu zamknięcia komór krwiaków.

Przebieg pooperacyjny

U obu pacjentek bezpośrednio po zabiegach ustąpiło krwawienie z dróg rodnych oraz doszło do relaksacji mięśnia macicy.

U ciężarnej 1. w pierwszej dobie pooperacyjnej wystąpiły skurcze mięśnia macicy wymagające leczenia tocolitycznego. W czwartej dobie doszło do przedwczesnego pęknięcia błon płodowych (*premature rupture of membranes* – PPRM), bez zmniejszenia indeksu płynu owodniowego. Postępowanie obejmowało antybiotykoterapię, leczenie przeciwzakrzepowe heparyną drobnocząsteczkową, monitorowanie stanu ciężarnej oraz płodu. Laboratoryjnie kontrolowano m.in.: stężenie CRP, interleukiny 6 i prokalcytoniny. Sześć tygodni po zabiegu hysterotomii i ewakuacji krwiaka (30. tydzień ciąży), po uzyskaniu masy ciała płodu powyżej 1000 g, podano ciężarnej Betametazon, a następnie rozwiązano ciążę cięciem cesarskim. Decyzję o zabiegu podjęto z uwagi na ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego na skutek PPRM oraz z powodu postępującego ścięczenia błony po nacięciu macicy (3 mm). Noworodek płci żeńskiej o wadze 1100 g. Apgar 8. W 5-letnim okresie obserwacji rozwoju psychosomatycznego dziecka nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości.

U ciężarnej 2. w okresie 9 tygodni po hysterotomii z ewakuacją krwiaka nie stwierdzono żadnych powikłań. W 32. tygodniu ciąży podczas USG stwierdzono pierwsze objawy hipotrofii asymetrycznej. W 35. tygodniu ciąży z powodu wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu (*intrauterine growth restriction* – IUGR) wykonano cięcie cesarskie. Noworodek płci męskiej o wadze 2010 g, Apgar 8, po 10 dniach obserwacji na oddziale noworodków wypisany do domu wraz z matką w stanie ogólnym dobrym.

Dyskusja

Przedstawiona technika chirurgicznego leczenia PA w II trymestrze ciąży była skuteczna w obu wykonanych przypadkach. Nie stwierdzono powikłań zabiegu

zagrożających życiu ciężarnych. Nie zaistniała potrzeba transfuzji krwi ani intensywnej terapii po wykonanym zabiegu. Objawy PA (ból powodowany skurczem tętnic macicy, krwawienie z dróg rodnych) ustąpiły bezpośrednio po wykonanych zabiegach u obu kobiet. Jednak najważniejszy pozostaje fakt, że wykonane zabiegi hysterotomii z ewakuacją krwiaków z przestrzeni doczesnowo-łożyskowych pozwoliły istotnie wydłużyć czas trwania ciąży (6 tygodni u ciężarnej 1. oraz 12 tygodni u ciężarnej 2.), nie tylko ratując życie noworodków, lecz także uzyskując dla nich dobrą jakość życia.

Przedstawiana procedura hysterotomii z ewakuacją krwiaka w przebiegu PA ma charakter kazuistyczny i z uwagi na małą grupę leczonych obecnie nie może być prezentowana jako metoda leczenia. Decyzję o jej wykonaniu podjęto na wyraźne żądanie pacjentek zastosowania takiej procedury, która da szansę na dalszy rozwój wewnątrzmaciczny ich dzieciom. W chwili wystąpienia PA obie pacjentki demonstrowały objawy ostre i nie było alternatywy leczenia zachowawczego. W takich przypadkach z uwagi na zagrożenie życia ciężarnej jedyną uznaną metodą leczenia jest natychmiastowe cięcie cesarskie [7]. Zagrożenie jest głównie związane z powikłaniami krwotocznymi i zaburzeniami w układzie krzepnięcia krwi. Wzmożone napięcie macicy towarzyszące PA dosłownie „wtłacza” tromboplastyny tkankowe z krwiaka doczesnowo-łożyskowego wprost do otwartych macznych naczyń krwionośnych [8]. Zabieg hysterotomii z ewakuacją krwiaka przeprowadzoną w opisany sposób eliminuje to ryzyko poprzez otwarcie komory krwiaka i likwidację wzmożonego ciśnienia wywołanego skurczem macicy. Pozostawiony w komorze krwiaka drenaż ssący usuwa w sposób ciągły wynaczynioną krew i produkty rozpadu fibrynogenu, zapobiegając ich przedostawaniu się do macznych krwioobiegu.

Tab. I. Rozwój biometryczny płodów po zabiegu hysterotomii z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej

Parametr	BPD (mm)		AC (mm)		FL (mm)		OMC (g)		PI		RI		S/D	
	ciężarna	tydz. ciąży	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
23.	–	57	–	177	–	40	–	541	–	0,52	–	0,57	–	3,2
24.	53	58	177	180	38	42	450	569	0,70	0,56	0,70	0,58	3,0	3,6
25.	56	62	180	201	38	45	529	755	0,58	0,57	0,63	0,59	2,9	3,1
26.	61	64	205	217	42	48	719	895	0,63	0,54	0,71	0,60	3,2	2,5
27.	67	65	217	224	46	51	900	1018	0,58	0,52	0,52	0,57	3,1	3,3
28.	71	69	226	239	49	52	1022	1155	0,61	0,57	0,60	0,61	3,2	2,9
29.	73	72	230	247	50	56	1104	1332	0,67	0,61	0,58	0,58	3,6	3,0
30.	75	74	238	253	52	57	1207	1442	0,72	0,68	0,63	0,74	3,4	2,9
31.	–	77	–	272	–	59	–	1722	–	0,78	–	0,86	–	2,6
32.	–	80	–	281	–	61	–	1904	–	0,91	–	0,83	–	2,8
33.	–	81	–	280	–	61	–	1893	–	0,89	–	0,73	–	3,0
34.	–	80	–	282	–	62	–	1921	–	0,97	–	0,88	–	3,2

BPD – wymiar dwuciemieniowy; AC – obwód brzucha; FL – długość kości udowej; PI – wskaźnik pulsacji naczyniowej; RI – wskaźnik oporności naczyniowej; S/D – stosunek skurczowo-rozkurczowy.

Dodatkowo ujemne ciśnienie wytwarzane przez drenaż Redona skutkuje przyleganiem do siebie oddzielonych powierzchni i szybkim zamknięciem przestrzeni krwiaka. Zachowawcze leczenie częściowo oddzielonego łożyska również niesie ze sobą określone ryzyko utraty ciąży. Krwiak doczesnowo-łożyskowy może powodować niewydolność maciczo-łożyskową i wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu [9]. Stymuluje to wydzielanie płodowo-łożyskowego hormonu uwalniającego kortykotropinę (*corticotropin releasing hormone* – CRH) oraz produkcję prostaglandyn. Krwawienie może także aktywować makrofagi, powodując uwalnianie cytokin, jak np. interleukina 1 i czynnik martwicy guza (*tumor necrosis factor* – TNF), które dodatkowo pobudzają produkcję prostaglandyn. Aktywacja trombiny w nieusuniętym skrzepie wywołuje produkcję proteaz w obrębie doczesnej. Uwalniana peroksydaza lipidowa oraz wolne rodniki uszkadzają miejscowo tkanki poprzez produkcję endoteliny i proteaz [9]. Proteazy mogą wpływać zarówno na szyjkę macicy, stymulując jej rozwieranie, jak i na błony płodowe, wywołując PPRM [10].

Opis procedury oraz wyniki leczenia PA metodą histerotomii z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej zaledwie u dwóch ciężarnych przedstawiono pilotażowo, z uwagi na brak danych w piśmiennictwie przedstawiających wyniki leczenia PA podobną metodą. W dwóch wykonanych przypadkach postępowanie zakończyło się sukcesem.

Wniosek

Zabieg histerotomii z ewakuacją krwiaka z przestrzeni doczesnowo-łożyskowej, wykonany u dwóch ciężarnych w przebiegu ostrego przedwczesnego oddzielenia łożyska, umożliwił kontynuację ciąży do uzyskania pożądanej wewnątrzmacicznej dojrzałości płodów i pozwolił uniknąć natychmiastowego rozwiązania cięciem cesarskim.

Piśmiennictwo

1. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, et al. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999; 282: 1646-51.
2. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 1005-16.
3. Deutsch AB, Lynch O, Alio AP, et al. Increased risk of placental abruption in underweight women. *Am J Perinatol* 2009; 27: 235-40.
4. Stahlmann N, Rapp M, Herting E, et al. Outcome of extremely premature infants at early school age: health-related quality of life and neurosensory, cognitive, and behavioral outcomes in a population-based sample in northern Germany. *Neuropediatrics* 2009; 40: 112-9.
5. Makrigiannakis A, Semmler M, Briese V, et al. Maternal serum corticotropin-releasing hormone and ACTH levels as predictive markers of premature labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 97: 115-9.
6. Raba G. The operational evacuation of haematoma from periplacental space during praemature placenta abruption – case report. *Gin Prakt* 2005; 83: 2-5.
7. Elsasser DA, Ananth CV, Prasad V, et al.; New Jersey-Placental Abruption Study Investigators. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 148: 125-30.
8. Eskes TK. Clotting disorders and placental abruption: homocysteine – a new risk factor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 95: 206-12.
9. Koucký M, Germanová A, Hájek Z, et al. News in pathophysiology and management of preterm labour. *Ceska Gynekol* 2009; 74: 54-63.
10. Kacerovsky M, Tosner J, Drahosova M, et al. Pentraxin 3 in amniotic fluid as a marker of intra-amniotic inflammation in women with preterm premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet* 2010; 108: 203-6.