

Rekomendacje WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation dotyczące porodu przedwczesnego

Management of preterm labor: Clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation 2024

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37913556/>

Poród przedwczesny to poród przed ukończeniem 37+0 tygodni ciąży.

Poród przedwczesny można podzielić na podkategorie: skrajne przedwczesny (<28+0 tygodni), bardzo przedwczesny (28+0 – 31+6 tygodni), umiarkowanie przedwczesny (32+0 – 33+6 tygodni) i późny poród przedwczesny (34+0 – 36+6 tygodni). W krajach wysoko rozwiniętych proponuje się utrzymanie definicji poronienia jako utraty ciąży do 22 tygodnia. 85% porodów przedwczesnych ma miejsce między 32+0 a 36+6 tygodniem.

Czynniki ryzyka spontanicznego porodu przedwczesnego to: niski lub zaawansowany wiek matki, niski status społeczno-ekonomiczny, niskie lub wysokie BMI, wady macicy, używki, nieoptymalna opieka prenatalna i odżywianie, wywiad porodu przedwczesnego, wywiad zabiegów na szyjce macicy, zastosowanie technologii wspomaganego rozrodu (ART), zakażenia dróg moczowych i pochwy, przedwczesne pęknięcie błon płodowych (PPROM) i wielowodzie.

Rozpoznanie porodu przedwczesnego opiera się na stwierdzeniu regularnej czynności skurczowej macicy (ręcznie lub za pomocą kardiotokografii), która powoduje zmiany szyjki macicy. Kombinacja ≥ 6 skurczów w ciągu 30 min (1/5 min) i rozwarcie szyjki macicy wynoszące ≥ 3 cm pozwala rozpoznać aktywną fazę porodu przedwczesnego.

Do ustalenia postępowania w przypadku zagrożenia porodem przedwczesnym można stosować metody kliniczne, biofizyczne i biochemiczne. Obejmują one obserwację częstotliwości skurczów macicy i zmiany w szyjce macicy, pomiar długości kanału szyjki macicy lub ocenę fibroinektyny płodowej (fetal fibronectin, fFN), łożyskowej alfa-mikroglobuliny-1 (placental alpha-microglobulin-1, PAMG-1) lub fosforylowanego insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 (phosphorylated insulin-like growth factor-binding protein-1, pHIGFBP-1).

U kobiet z objawami porodu < 34 tygodniem, długość kanału szyjki > 15 mm ma ujemną wartość predykcyjną wynoszącą 96%, tj. tylko 4% urodzi w ciągu najbliższych 7 dni. W przewidywaniu porodu przedwczesnego w ciągu 7 dni u kobiet z objawami zagrażającego porodu przedwczesnego dodatnia wartość predykcyjna PAMG- 1 jest znacznie wyższa niż w przypadku pHIGFBP-1 lub fFN. WAPM zaleca, aby u wszystkich kobiet, zgłaszających się z powodu zagrażającego porodu, okres obserwacji wynosił co najmniej 2 godziny, po których możliwa jest stratyfikacja ryzyka porodu. Hospitalizacja nie jest wymagana w przypadku:

- ustąpienia czynności skurczowej i braku zmian w badaniu wewnętrznym (jeśli nie ma możliwości zastosowania innych metod diagnostycznych),
- długość kanału szyjki ≥ 15 mm,
- biomarker (fFN lub PAMG): test negatywny.

Można łączyć ze sobą powyższe metody diagnostyczne.

Zaleca się leczenie lekami tokolitycznymi do 33+6 tygodni w celu przedłużenia ciąży do 48 godzin w celu podawania kortykosteroidów lub przeniesienia do ośrodka wyższego stopnia referencyjności. Ponieważ sterydy działają najskuteczniej w przypadku podania ≥ 48 godzin (ale mniej niż siedem dni) przed porodem, zastosowanie tokolizy zalecane również w celu odroczenia porodu o 48 godzin. Ponieważ leki tokolityczne należy stosować wyłącznie w celu zapewnienia czasu na działanie sterydów lub przeniesienie do placówki opieki noworodkowej na odpowiednim poziomie, kolejnego epizodu zagrażającego porodu przedwczesnego w ciągu mniej niż 2 tygodni nie należy leczyć tokolitykami. W przypadku podania sterydów więcej niż 2 tygodnie wcześniej, jeśli wiek ciążowy jest nadal niższy 33+6 tygodni, tokolityki można zastosować ponownie do 48 godzin aby umożliwić podanie nowego cyklu sterydów. Co więcej, jeśli konieczne jest przeniesienie pacjentki do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, można również rozważyć powtórny tokolizę. Przeciwwskazaniami do tokolizy są: krwawienie w dróg rodnych, zapalenie błon płodowych, ciężki stan przedrzucawkowy/ rzucawka wymagająca natychmiastowego porodu, śmiertelne wady płodu, płód śmierć lub zagrożenie dobrostanu płodu. W przypadkach z PPRM bez objawów zakażenia matki można zastosować leczenie tokolityczne. Blokery kanału wapniowego (np. nifedypina w dawce nasycającej 10–30 mg i 10–20 mg/4–8 godz.; maksymalnie 180 mg/dobę), można zastosować jako pierwszą linię leczenia tokolitycznego. Antagoniści receptora oksytocyny to akceptowalna alternatywa, ponieważ mają mniej skutków ubocznych w porównaniu do innych tokolityków. Betamimetyki nie są już uważane za opcję pierwszego rzutu ze względu na ich zwiększoną liczbę zagrażających życiu działań niepożądanych. Nie należy łączyć ze sobą leków tokolitycznych.

Podanie kortykosteroidów należy rozważyć pomiędzy 22+0 a 23+6 tygodniem ciąży kobietom z grupy wysokiego ryzyka porodu przedwczesnego w ciągu najbliższych siedmiu dni. Nie zaleca się rutynowo pojedynczego kursu sterydów pomiędzy 34+0 a 36+6 tygodniu ciąży u kobiet z wysokim ryzykiem porodu w ciągu najbliższych siedmiu dni, ponieważ nie ma dowodów na korzyści takiego postępowania. Można stosować betametazon (dwie dawki po 12 mg i.m. w odstępie 24 godzin) albo deksametazon (cztery dawki 6 mg i.m. w odstępach 12-godzinnych). Nie zaleca się powtarzania dawek sterydów. Można podać drugi kurs sterydów do 33+6 tygodnia ciąży u kobiet z wysokim ryzykiem porodu w ciągu najbliższych siedmiu dni, jeżeli poprzedni kurs przeprowadzono co najmniej 14 dni wcześniej. Sterydy nie są rutynowo zalecane przed planowanym cięciem cesarskim w ciąży donoszonej ze względu wątpliwości stosunku korzyści do ryzyka. Elektywne cięcie cesarskie należy wykonywać 39+0 tygodniu ciąży, jeżeli nie ma wskazań do wcześniejszego porodu. W przypadku ciąż mnogich sterydy należy podawać w tej samej dawce wskazania jak w ciążach pojedynczych. U otyłych kobiet sterydy należy stosować w takich samych dawkach i wskazaniach jak u kobiet bez otyłości. W momencie rozpoznania PPRM zaleca się pojedynczy kurs sterydoterapii, jeżeli spełnione są kryteria wieku ciążowego. W przypadkach powikłanych FGR, sterydy należy podawać w tej samej dawce jak u kobiet z eutrofią płodu. U kobiet chorych na cukrzycę sterydy należy podawać w tej samej dawce i wskazania jak u kobiet bez cukrzycy. Po podaniu sterydów test tolerancji glukozy należy przełożyć o co najmniej tydzień.

Siarczan magnezu w celu neuroprotekcji płodu zaleca się do 31+6 tygodni ciąży. Można go rozważyć do 33+6 tygodnia ciąży tygodni u płodów za małych w stosunku do wieku

ciężowego (poniżej 5 centyla). Proponowany schemat obejmuje dawkę 4 g dożylnie w bolusie podawaną przez 15–30 min, a następnie podtrzymujący wlew dożylny w dawce 1 g/godzinę do porodu lub do 24 godzin.

Nie zaleca się rutynowej profilaktycznej antybiotykoterapii w zagrażającym porodzie przedwczesnym.

Nie zaleca się ograniczenia aktywności fizycznej i reżimu łóżkowego.

Poród przedwczesny nie jest wskazaniem do rutynowego cięcia cesarskiego. Poród drogą pochwową jest złotym standardem zarówno w przypadku ciąży pojedynczej, jak i bliźniaczej wcześniaki z położeniem główkowym płodu lub pierwszego płodu. Poród drogą pochwową po wcześniejszym cięciu cesarskim nie jest przeciwwskazany. Nie zaleca się zabiegowego porodu drogami natury przed 34+0 tygodniem, jednakże, jeśli to konieczne, zamiast próżnościągu preferowane jest poród kleszczowy.

Monitorowanie dobrostanu płodu podczas porodu przedwczesnego za pomocą kardiokardiotokografii powinno być zgodne z lokalnymi protokołami postępowania, szczególnie przed 26+0 tygodniem ciąży, z uwzględnieniem komputerowej analizy KTG.

Opóźnienie zaciśnięcia pępowiny o co najmniej 30–60 s u wcześniaka noworodków zaleca się tak samo jak u noworodków donoszonych. Na ten okres noworodka można umieścić w worku polietylenowym, co znacznie zmniejsza ryzyko hipotermii.