

Szew szyjkowy, wytyczne RCOG, Green-top Guideline, czerwiec 2022.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17003>

Szew szyjkowy jest jedną ze standardowych metod profilaktyki u pacjentek zagrożonych porodem przedwczesnym lub utratą ciąży w II trymestrze, stosowanym przez większość położników. Założony szew szyjkowy wzmacnia strukturalnie szyjkę macicy, jego rola opiera się również na utrzymaniu właściwej długości szyjki macicy i utrzymaniu ciągłości warstwy śluzowej endocervix, jako bariery przed zakażeniem.

Pojęcia i definicje:

Szew szyjkowy ze wskazań z wywiadu: szew zakładany u bezobjawowych pacjentek pomiędzy 11 a 14 tc, u których:

- w wywiadzie były trzy lub więcej porody przedwczesne i/lub utraty ciąży w 2 trymestrze;
- szew profilaktyczny nie powinien być proponowany u pacjentek z wywiadem mniej niż 3 porodów przedwczesnych i/lub utraty ciąży w 2 trymestrze bez dodatkowych czynników ryzyka; w badaniu z udziałem 1292 pacjentek przeprowadzonego przez RCOG i MRC wykazano korzyści z założenia szwu szyjkowego u pacjentek z wywiadem 3 lub więcej porodów przedwczesnych.

Szew ze wskazań ultrasonograficznych: szew zakładany u bezobjawowych pacjentek w danej ciąży, u których badanie USG wskazuje na krótką szyjkę macicy.

W randomizowanych badaniach dowiedziono:

- pacjentkom w ciąży pojedynczej, bez czynników ryzyka porodu przedwczesnego, u których w przypadkowym badaniu USG wykryto krótką szyjkę macicy (≤ 25 mm) w późnym drugim trymestrze ciąży nie powinno się zakładać szwu szyjkowego;
- pacjentki z wywiadem jednej lub więcej utrat ciąży w drugim trymestrze lub porodem przedwczesnym, w USG długość szyjki wynosi ≤ 25 mm w ciąży przed 24 tc - mają wskazania do założenia szwu szyjkowego;
- szew ze wskazań ultrasonograficznych nie jest rekomendowany u pacjentek z objawem lejka, jeśli w USG długość szyjki wynosi więcej niż 25 mm.

W metaanalizie przeprowadzonej przez Berghella i wsp. dowiedziono, że regularne wykonywanie badań USG szyjki macicy u pacjentek z wywiadem porodu przedwczesnego lub utraty ciąży w II tr może być właściwą metodą leczenia bez potrzeby zakładania szwu szyjkowego.

Częstość badania USG u pacjentek z obciążonym wywiadem położniczym:

USG przed 12 tc, co 2-4 tyg pomiędzy 16 a 24 tc (czynniki z grupy wysokiego ryzyka):

- pacjentki w wywiadzie porodu przedwczesnego, utratą ciąży pomiędzy 16 a 34 tc
- PPRM przed 34 tc w poprzedniej ciąży
- szew szyjkowy w poprzedniej ciąży
- trachelektomia w wywiadzie
- wariant anatomiczny macicy u pacjentki

USG TV przed 18-22 tc (czynniki z grupy pośredniego ryzyka):

- pacjentki z wywiadem cięcia cesarskiego w II okresie porodu

- pacjentki z wywiadem zabiegu konizacji szyjki macicy

Szczególne grupy pacjentek:

Ciąża bliźniacza:

W pięciu randomizowanych badaniach nie wykazano skuteczności szwu szyjkowego w ciążach bliźniaczych (szew ze wskazań z wywiadu, ze wskazań ultrasonograficznych).

Pacjentki z wywiadem zabiegów na szyjce macicy:

Konizacja chirurgiczna, elektrokonizacja zwiększają ryzyko porodu przedwczesnego, takie pacjentki powinny mieć wykonywane USG TV przed 12 tc i co 2-4 tyg pomiędzy 16 a 24 tc.

Pacjentki otyłe, BMI > 25.

Szew szyjkowy jest skuteczny u pacjentek otyłych, BMI > 25. W jednym randomizowanym badaniu, u pacjentek otyłych, z krótką szyjką macicy (< 25 mm) bez założonego szwu szyjkowego wzrost BMI był odwrotnie skorelowany z tygodniem ukończenia ciąży (dotyczyło to pacjentek z otyłością olbrzymią, BMI powyżej 47).

Szew szyjkowy przezbrzuszny:

Szew szyjkowy przezbrzuszny proponowany jest pacjentkom, u których wystąpił poród przedwczesny pomimo założonego szwu szyjkowego przezpochwowego w poprzedniej ciąży. Szew szyjkowy przezbrzuszny możemy założyć w okresie planowania ciąży, jak i w I trymestrze ciąży przed 14 tc. W badaniach nie wykazano, aby szew przezbrzuszny założony prekonceptyjnie był efektywniejszy od szwu założonego w I tr ciąży. Należy pamiętać jednak o zwiększonym ryzyku znieczulenia pacjentki z racji ciąży i większych trudnościach technicznych zabiegu.

Technika wykonania zabiegu zależy od doświadczeń danego ośrodka i wyszkolenia operatora. Nie wykazano różnic w skuteczności pomiędzy techniką laparoskopową, a laparotomią.

Szew szyjkowy ratunkowy:

Szew szyjkowy zakładany w przypadku przedwczesnego rozwierania szyjki macicy z widocznym pęcherzem płodowym lub pęcherzem płodowym w pochwie. Można rozważyć założenie szwu do 27+6 tc. W wielu pracach zauważono, że w przypadku założenia szwu przed 20 tc istnieje wysokie ryzyko porodu przedwczesnego przed 28 tc. Założenie szwu po 24 tc również rzadko bywa uzasadnione ze względu na wysokie ryzyko przebicia pęcherza płodowego, co wiąże się z porodem przedwczesnym. Rozwarcie szyjki macicy ponad 4 cm i obecność pęcherza płodowego poza ujściem zewnętrznym kanału szyjki macicy wiąże się z gorszym rokowaniem u pacjentki.

Przeciwwskazania do założenia szwu szyjkowego ratunkowego:

- poród przedwczesny w toku
- zakażenie wewnątrzmaciczne
- krwawienie z dróg rodnych
- PPRM
- obumarcie wewnątrzmaciczne
- letalne wady płodu

Przygotowanie pacjentki:

W przypadku pacjentki ze wskazaniami do założenia szwu szyjkowego ratunkowego należy pamiętać o kontroli laboratoryjnych wykładników stanu zapalnego. Wykazano, że stężenie białka CRP poniżej 4.0 mg/dl i poziom leukocytów poniżej 14000/uL wiążą się z dłuższym czasem trwania ciąży u pacjentki. Podwyższone wartości ww parametrów są skorelowane z rozwarciem szyjki macicy - stan zapalny wiąże się z większym rozwarciem szyjki macicy.

Amniocenteza to jedna z diagnostycznych opcji potwierdzenia zakażenia wewnątrzmacicznego. U pacjentek z rozwarciem szyjki macicy infekcja wewnątrzrodniowa i/lub stan zapalny wiąże się z gorszym rokowaniem. W indywidualnych przypadkach można wykonać amniocentezę przed decyzją o założeniu szwu szyjkowego ratunkowego. W badaniach randomizowanych nie wykazano, aby amniocenteza przed założeniem szwu szyjkowego ratunkowego zwiększała ryzyko porodu przedwczesnego przed 28 tc.

W kilku badaniach wykazano, że amnioredukcja przed założeniem szwu szyjkowego zmniejszała ryzyko porodu przedwczesnego. Brak jednak wystarczających danych z porównawczą grupą kontrolną, aby jednoznacznie ocenić skuteczność takiego postępowania.

Antybiotykoterapia:

W jednym badaniu randomizowanym na grupie 50 pacjentek wykazano, że stosowanie antybiotykoterapii w okresie okołoperacyjnym założenia szwu szyjkowego i indometacyny wydłuża czas trwania ciąży o 28 dni. Przy stosowaniu indometacyny należy pamiętać jednak o ryzyku przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego u płodu.

Rodzaj znieczulenia:

Znieczulenie miejscowe/ogólne należy do decyzji lekarza anestezjologa w porozumieniu z pacjentką. Nie przeprowadzono kontrolnych badań randomizowanych oceniających wyższość danej metody przed założeniem szwu szyjkowego.

Typ procedury.

W badaniu retrospektywnym nie wykazano różnic w powikłaniach w krótkim okresie po założeniu szwu szyjkowego u pacjentek hospitalizowanych, jak i tych operowanych w trybie jednodniowym.

Technika operacyjna

Wyróżniamy dwie główne metody założenia szwu szyjkowego: szew McDonalda i szew Shirodkara.

Szew McDonalda polega na okrężnym założeniu szwu na szyjkę macicy poprzez kilkukrotne wbicie igły w ścianę szyjki, zawiązaniu szwu na przedniej wardze szyjki macicy.

Szew Shirodkara polega na mobilizacji pęcherza moczowego, założeniu szwu szyjkowego podśluzówkowo od przodu to tyłu po obu stronach szyjki macicy, zawiązania po stronie tylnej szyjki macicy.

W badaniach nie wykazano wyższej skuteczności którejś z powyższych metod.

Przeprowadzono dwa badania randomizowane porównujące szew jednopiętrowy z dwupiętrowym. Ryzyko porodu przedwczesnego przed 34 tc było podobne w obu grupach pacjentek.

Reżim łóżkowy

Nie zaleca się rutynowo pozostawiania w łóżku pacjentkom po operacji założenia szwu szyjkowego. W jednym kontrolnym badaniu nie wykazano zwiększonego ryzyka porodu przed 37 tc u pacjentek pozostających w łóżku po założeniu szwu szyjkowego.

Stosunek płciowy

Nie przeprowadzono badań oceniających wpływ stosunku płciowego na zwiększone ryzyko porodu przedwczesnego czy utraty ciąży w II trymestrze.

Dodatkowy szew szyjkowy

W jednym badaniu retrospektywnym zebrano grupę pacjentek z założonym szwem ze wskazań z wywiadu i skracającą się szyjką (<25 mm) po założeniu szwu. W grupie pacjentek, u których ponownie założono szew, obserwowano zwiększoną częstość porodów przedwczesnych. Stąd rutynowo nie zaleca się zakładania dodatkowego szwu szyjkowego.

Progesteron

W kilku badaniach randomizowanych nie wykazano, aby stosowanie progesteronu po założeniu szwu szyjkowego istotnie przyczyniało się do zmniejszenia ryzyka porodu przedwczesnego. W kilku pracach wykazano mniejsze ryzyko porodu przedwczesnego u pacjentek stosujących progesteron w porównaniu do placebo, u pacjentek ze szwem szyjkowym. Prowadzone są prace porównujące bezpośrednio zastosowanie progesteronu, szwu szyjkowego i pessara położniczego.

Usunięcie szwu szyjkowego:

Szew szyjkowy zazwyczaj usuwa się w 36-37 tc, zanim pacjentka wejdzie w poród. Potencjalnie zmniejsza to ryzyko urazu szyjki macicy.

Nie przeprowadzono badań oceniających usuwania szwu przezbrzusznego przed porodem. Jeśli pacjentka ma dalsze plany prokreacyjne, nie należy usuwać szwu założonego przezbrzusznie.

W przypadku przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego (PPROM) u pacjentek z założonym szwem szyjkowym, pozostawienie szwu szyjkowego wiąże się z większym ryzykiem zakażenia wewnątrzowodniowego i infekcji ogólnoustrojowej u matki. Nie wykazano, aby pozostawienie szwu szyjkowego zwiększało długość trwania ciąży.