

Rekomendacje SMFM dotyczące przedwczesnego odpłynięcia płynu owodniowego przed osiągnięciem płód zdolności do przeżycia poza macicą

SMFM Consult Series, consult series 71#; 2024

[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(24\)00759-2/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(24)00759-2/pdf);

Wprowadzenie

Przedwczesne pęknięcie błon płodowych (PPROM) występujące przed 37. tygodniem ciąży, dotyczy mniej niż 1% ciąż, skutkuje jednak znaczną zachorowalnością i śmiertelnością zarówno matek, jak i noworodków, związaną z powikłaniami infekcyjnymi. Kontynuacja ciąży po PPRM, zarówno w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych w wczesnym ciążowym uniemożliwiającym przeżycie płodu, jak i w bardziej zaawansowanym wieku ciążowym, wiąże się ze znacznym ryzykiem dla matki, bez gwarantowanych korzyści dla płodu. Postępowanie w przypadku PPRM stało się bardziej skomplikowane ze względu na ograniczenia dotyczące aborcji (po decyzji Sądu Najwyższego USA w sprawie *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*). Śmierć Savity Halappanavar w Irlandii z powodu sepsy po przedwczesnym PPRM podkreśla krytyczną potrzebę wyraźnych wytycznych dotyczących postępowania w tej sytuacji klinicznej. Niniejszy dokument omawia ryzyka i opcje postępowania w przypadku PPRM, w tym postępowanie wyczekujące oraz opiekę aborcyjną.

PPROM przed granicą przeżywalności płodu i po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu

Na „przeżywalność” wpływają wiek ciążowy i dostępność do specjalistycznej opieki medycznej. „Przeżywalność” odnosi się do okresu, w którym płód może przeżyć poza macicą i nie zależy wyłącznie od wieku ciążowego. „Przed granicą przeżywalności” (ang. *previable*) oznacza okres, w którym płód nie może przeżyć poza macicą, co sprawia, że interwencje podtrzymujące życie nie mają zastosowania. „Po przekroczeniu granicy przeżywalności” (ang. *perivable*) odnosi się do okresu, w którym płód może przeżyć dzięki interwencjom medycznym, ale nadal ma wysokie ryzyko zgonu lub poważnych powikłań. Okres „przed granicą przeżywalności” jest definiowany jako od 20 tygodni i 0 dni do 25 tygodni i 6 dni ciąży. Wskaźniki przeżycia noworodków różnią się znacznie w tym okresie, wzrastając od 23% w 23. tygodniu do 76% w 25. tygodniu. Na przeżywalność wpływają również takie czynniki jak masa płodu, mnogość ciąży i nieprawidłowości genetyczne. Niniejszy dokument skupia się na postępowaniu w PPRM przed granicą przeżywalności płodu i po przekroczeniu tej granicy, w przypadkach, kiedy nie są podejmowane interwencje resuscytacyjne i intensywna opieka noworodkowa.

Postępowanie w przypadkach, w których te interwencje są uzasadnione, zostało opisane w innych, ogólnie przyjętych wytycznych.

Jakie jest postępowanie po postawieniu diagnozy PPROM przed granicą przeżywalności płodu i po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu?

Rekomendowane jest postępowanie wyczekujące lub terminacja ciąży. Po postawieniu diagnozy należy ocenić pacjentkę pod kątem rozwijającej się infekcji, krwawienia i rozpoczynającego się porodu, co stanowi przeciwwskazanie do postępowania wyczekującego. Infekcja wewnątrzmaciczna jest często diagnozowana na podstawie temperatury $>38^{\circ}\text{C}$ u matki i towarzyszącego co najmniej jednego z następujących objawów klinicznych: tachykardia matki lub płodu, tkiwość macicy, ropna wydzielina z dróg rodnych. Objawy infekcji mogą być mniej wyrażone na wcześniejszym etapie ciąży, a infekcja wewnątrzmaciczna może nie zawsze objawiać się gorączką. Dlatego diagnozy i interwencji nie należy opóźniać z powodu jej braku. Inne przeciwwskazania do postępowania wyczekującego, takie jak krwawienie z dróg rodnych i obumarcie płodu, powinny prowadzić bezpośrednio do zakończenia ciąży.

Rodzaj opieki aborcyjnej, czy to instrumentalnej, czy farmakologicznej, powinien priorytetowo traktować bezpieczeństwo pacjentki, uwzględniając stan matki, wiek ciążowy oraz doświadczenie ośrodka. Ostatnie badanie porównujące mechaniczne rozszerzenie szyjki macicy i wydobycie płodu (D&E) z indukcją porodu u pacjentek z PPROM nie wykazało istotnych różnic w długości trwania postępowania (D&E 14.3 godzin vs indukcja porodu, 11.5 godziny), aczkolwiek odnotowano więcej powikłań przy indukcji porodu niż przy D&E (odpowiednio: krwotok $>500\text{ml}$ 28.3% vs 9.1% [$p<.01$]; infekcja, 23.9% vs 1.3% [$p<.01$]; niekompletny popłód wymagający instrumentalnej kontroli jamy macicy, 17.4% vs 1.3% [$p<.01$]).

Tabela. Podsumowanie rekomendacji AJOG i SMFM

	20+0 do 21+6 t.c.	22+0 do 22+6 t.c.	23+0 do 23+6t.c.	24+0 do 24+6 t.c.	25+0 do 25+6t.c.
Ocena noworodkowa w celu resuscytacji	Nierekomendowane	Do rozważenia	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane
Podanie cyklu steroidów	Nierekomendowane	Do rozważenia	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane
Neuroprotekcja siarczanem magnezu	Nierekomendowane	Nierekomendowane	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane
Antybiotykoterapia w postępowaniu wyczekującym	Do rozważenia	Do rozważenia	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane

	20+0 do 21+6 t.c.	22+0 do 22+6 t.c.	23+0 do 23+6t.c.	24+0 do 24+6 t.c.	25+0 do 25+6t.c.
Śródpordowa antybiotykoterapia w celu profilaktyki zakażenia noworodka paciorkowcem grupy B	Nierekomendowane	Nierekomendowane	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane
Cięcie cesarskie ze wskazań noworodkowych	Nierekomendowane	Nierekomendowane	Do rozważenia	Rekomendowane	Rekomendowane

Jakie są kluczowe kwestie etyczne związane z leczeniem pacjentek w ciąży z PPROM?

Towarzystwo Medycyny Matczyno-Płodowej (SMFM - The Society for Maternal-Fetal Medicine) opisuje kilka czynników wpływających na ogólne ryzyko dla matki podczas ciąży powikłanej PPROM, w tym wydolność systemu opieki zdrowotnej, rokowanie dla płodu, zdolność pacjentki do radzenia sobie z sytuacją, chęć kontynuowania ciąży oraz doświadczenie lekarzy. Podejmowanie decyzji powinno uwzględniać te czynniki oraz świadomy wybór i akceptację przez pacjentkę ryzyka, jakie niesie ze sobą każda z proponowanych opcji.

Zasady etyczne stanowią podstawę podejmowania decyzji podczas leczenia pacjentek z PPROM. Zasady „czynienia dobra” i „nieszkodzenia” powinny być drogowskazem w postępowaniu dążącym do uzyskania równowagi pomiędzy podnoszeniem jakości życia a unikaniem cierpienia. Szacunek dla autonomii pacjentki jest kluczowy, należy umożliwić ciężarnym podjęcie decyzji w zgodzie z jej sumieniem i wartościami, po dogłębnym przedstawieniu wszystkich opcji postępowania.

Etyczna opieka musi uwzględniać zarówno korzyści i ryzyko dla matki, jak i dla płodu/novorodka. Korzyści medyczne dla matki powinny być nadrzędne, gdy zaistnieje konflikt z korzyściami dla płodu. Jednak pacjentka może zdecydować się na priorytetowe traktowanie płodu, zgadzając się tym samym na większe ryzyko dla niej samej. Lekarze nie są zobligowani do przedstawienia propozycji interwencji medycznych bez uzasadnionych dowodów na korzyści dla płodu, aczkolwiek poradnictwo zawsze powinno odbywać się z poszanowaniem autonomii pacjentki oraz umożliwiać podejmowanie decyzji po uzyskaniu pełnych i wyczerpujących informacji.

Jak powinno wyglądać poradnictwo dotyczące postępowania u pacjentek z PPRM przed granicą przeżywalności płodu i po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu?

Ciężarne z PPRM powinny mieć zapewnione indywidualne poradnictwo dotyczące ryzyka i korzyści zarówno dla matki, jak i dla płodu, w zależności od wybranej opcji postępowania (postępowanie wyczekujące lub terminacja ciąży). W przypadku matki kontynuacja ciąży niesie za sobą znaczne ryzyko i brak bezpośrednich korzyści, podczas gdy aborcja może zapobiec cierpieniu noworodka. Wszystkim pacjentkom należy zaoferować opiekę aborcyjną, a postępowanie wyczekujące można rozważyć, jedynie jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań.

Konsultacje powinny być udzielane jedynie przez wykwalifikowanych lekarzy. Jeżeli jest to konieczne, powinny odbyć się z dodatkowymi konsultacjami ze specjalistami medycyny matczyno-płodowej oraz neonatologami. Czasem, celem zapewnienia pełni informacji niezbędne jest skierowanie do ośrodka o trzecim stopniu referencyjności. Pacjentki powinny być informowane o wszystkich opcjach postępowania, nawet tych, które nie są możliwe w momencie udzielania konsultacji, ale stanowią ewentualność w przyszłości. Powinny również otrzymać odpowiednie skierowania.

Pacjentki mają prawo zmienić swoją decyzję dotyczącą postępowania i w związku z tym powinny mieć dostęp instrumentalnej i farmakologicznej terminacji ciąży, nawet jeśli pierwotnie zdecydowały się na postępowanie wyczekujące. Dokumentacja z odbytych konsultacji i poświadczenie wspólnego podejmowania decyzji jest kluczowe i powinno być ponownie przeanalizowane, jeśli zmieni się życzenie pacjentki lub sytuacja kliniczna.

Jakie jest ryzyko dla matki związane z postępowaniem wyczekującym w PPRM w porównaniu do terminacji ciąży?

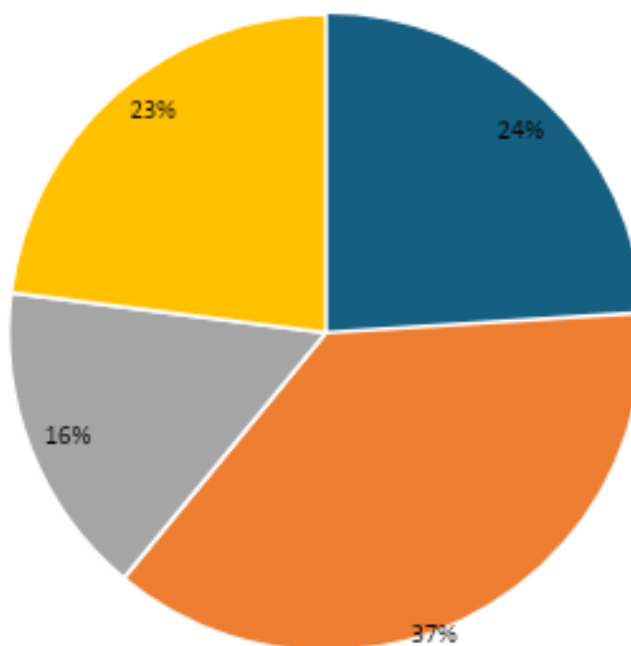
Postępowanie wyczekujące w PPRM przed granicą przeżycia i po przekroczeniu granicy przeżycia wiąże się z wyższym ryzykiem powikłań dla matki, w tym infekcji, krwawienia i zgonu, w porównaniu do opieki aborcyjnej. Poniżej wyniki kilku retrospektywnych badań kohortowych:

- **Wyniki badań (2011-2018, 3 szpitale w USA):**
 - Spośród 208 pacjentek, 108 wybrało postępowanie wyczekujące, a 100 terminację ciąży.
 - Postępowanie wyczekujące wiązało się z wyższą chorobowością matek (60,2% vs. 33,0%; OR 3,47).

- Najczęstsze powikłania obejmowały infekcję wewnątrzmaciczną (38,0% vs. 13,0%), krwotok poporodowy (23,1% vs. 11,0%), endometritis, sepsę i pęknięcie macicy.
- 37% pacjentek doświadczyło powikłań matczynych mimo zgonu noworodka, a tylko 16% uniknęło powikłań matczynych przy równoczesowym przeżyciu noworodka.
- **Badanie kanadyjskie (2009-2015, 2 szpitale położnicze):**
 - Wyższe wskaźniki infekcji wewnątrzmacicznej przy postępowaniu wyczekującym (58,1% vs. 8%).
 - Krwotok okołoporodowy lub przedwczesne oddzielenie łożyska były częstsze przy postępowaniu wyczekującym (41,9% vs. 19%).
- **Kohorta z Teksasu (2021-2022):**
 - Spośród 28 pacjentek w ciąży, postępowanie wyczekujące prowadziło do wyższej chorobowości matek w porównaniu do natychmiastowego zakończenia ciąży.
 - Poważne powikłania obejmowały zapalenie błon płodowych z objawami klinicznymi i krwawienie.
- **Sepsa i śmiertelność matek:**
 - Sepsa u matek występuje w do 6,8% przypadków PPRM przed granicą i po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu, z wyższymi wskaźnikami przy postępowaniu wyczekującym.
 - Francuskie badanie opisuje 7 zgonów matek związanych z postępowaniem wyczekującym (częstość występowania 45 na 100 000 z PPRM przed granicą przeżywalności płodu). Warto podkreślić, że żadna z ciężarnych podczas przyjęcia do szpitala nie miała klinicznych cech infekcji i każda z pacjentek otrzymała profilaktyczną antybiotykoterapię. Mimo to, z powodu infekcji zmarło 6 z 7 kobiet. Mediana czasu od wystąpienia PPRM do pierwszych cech infekcji to 5 dni, natomiast mediana czasu od postawienia diagnozy infekcji wewnątrzmacicznej do zgonu to zaledwie 18 godzin.

Podsumowując, postępowanie wyczekujące w PPRM przed granicą przeżywalności płodu i po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu wiąże się ze znacznie większym ryzykiem dla matki, niż terminacja ciąży.

Wyniki postawy wyczekującej w opiece nad PPROM <24tc



■ Bez zachorowalności matczynej i bez przeżywalności noworodków
■ Zachorowalność matczyna i brak przeżywalności noworodków

Jakie są wyniki okołoporodowe związane z postępowaniem wyczekującym przy PPROM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu ?

Postępowanie wyczekujące w przypadku przedwczesnego pęknięcia błon płodowych w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu przynosi wymierne korzyści dla kobiety ciężarnej. Pierwszorzędownym celem jest osiągnięcie takiego wieku ciążowego, po którym po urodzeniu płód będzie zdolny do przeżycia w warunkach oddziału intensywnej terapii noworodka. Dla wielu rodziców najważniejsze jednak jest urodzenie dziecka bez cech niepełnosprawności. W literaturze opisywany okres pomiędzy PPROM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności noworodka a porodem wynosi pomiędzy 7 a 51 dni. Im wcześniej wiek ciążowy rozpoznania PPROM tym dłuższy spodziewany okres do porodu.

W dwóch badań kohortowych przeprowadzonych odpowiednio w Kanadzie i Amsterdamie oszacowano procent pacjentek, u których osiągnięto wiek ciążowy płodu zdolnego do przeżycia po urodzeniu, były to odpowiednio wartości rzędu 27% i 40%. Należy jednak pamiętać o wysokiej śmiertelności i umieralności noworodków urodzonych skrajnie przedwcześnie. W literaturze procent przeżywalności waha się

między 17 % a 80 %. Wpływ na to mają kryteria udziału w danym badaniu czy stopień referencyjności ośrodka, w którym urodzi się noworodek.

Jednym z poważniejszych skutków w przypadku skrajnie przedwczesnego pęknięcia błon płodowych jest zbyt mała objętość płynu owodniowego niezbędna do prawidłowego rozwoju płuc, co prowadzi do hipoplazji płuc. W badaniu kohortowym PPROMEXIL-III 4 na 10 noworodków, które nie przeżyły okresu hospitalizacji po urodzeniu, rozpoznano hipoplazję płuc. Niewydolność oddechowa, czy dysplazja oskrzelowo-płucna są rozpoznawane u 50-80 % noworodków, które przeżyły. Inne powikłania, występujące w 5-25 % przypadków to krwawienia wewnątrzkomorowe, deformacje kostno-szkieletowe, sepsa, retinopatia wcześniaków i martwicze zapalenie jelit.

W badaniach monitorujących rozwój 10-letnich dzieci urodzonych pomiędzy 18 a 27 tc obserwowano pogorszenie funkcji płuc i rozwój nadciśnienia płucnego w porównaniu z rówieśnikami urodzonymi po 28 tc. Wykazano także wzrost częstości występowania zaburzeń motorycznych, trudności w nauce czy deficyty uwagi.

Czy można przewidzieć efekty postępowania wyczekującego w przypadku PPROM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu ?

Rozważając pomiędzy postępowaniem wyczekującym, a zakończeniem ciąży w przypadku skrajnie przedwczesnego pęknięcia błon płodowych należy wziąć pod uwagę różne czynniki. Stwierdzono większe szanse przeżycia noworodka w przypadku bardziej zaawansowanego wieku ciążowego rozpoznania PPROM, a także pozytywną korelację większej objętości płynu owodniowego po rozpoznaniu PPROM. Biorąc pod uwagę występowanie czynników matczynych tj, wiek powyżej 35 lat, ciąża bliźniacza, rozpoznanie PPROM u takich pacjentek wiąże się z podwyższonym ryzykiem zakażenia ogólnoustrojowego - sepsy, hospitalizacją w oddziale intensywnej terapii, ostrą niewydolnością nerek, zakrzepicą żylną, zatorowością płucną, wyłżeczowaniem jamy macicy bądź histerektomii po porodzie, potrzebą przetaczania krwi czy śmiercią matki. Decyzja o kontynuowaniu ciąży, bądź jej zakończeniu, powinna być podjęta na podstawie uwzględnienia czynników ryzyka zarówno matki jak i płodu.

Jakie interwencje można podjąć celem poprawy wyników okołoporodowych w przypadku PPROM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu?

Antybiotykoterapia

Szerokospektralna antybiotykoterapia jest rekomendowana w przypadku PPROM < 34 tc i powinna być rozważona w przypadku rozpoznania PPROM pomiędzy 20 a 23+6 tc celem zmniejszenia śmiertelności noworodka. Rekomendowany schemat to stosowanie ampicyliny z erytromycyną przez pierwsze 48 godzin, po czym doustnie amoksycylina z erytromycyną przez następne 5 dni. Zamiennie do erytromycyny można stosować azytromycynę, jeśli nie wiąże się to z podwyższonym ryzykiem chorioamnionitis. Należy unikać stosowania amoksycyliny z kwasem klawulanowym, wiąże się to z podwyższonym ryzykiem martwiczego zapalenia jelit.

Nie ma wydzielonego, osobnego schematu w przypadku PPROM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu. W pracach naukowych pokazano, że ogólne włączenie antybiotyków w przypadku skrajnie przedwczesnego PPROM zwiększało szanse noworodka na przeżycie, wydłużało czas trwania ciąży. Nie wykazano różnic w wynikach okołoporodowych w grupie pacjentek z włączoną antybiotykoterapią w ciągu 24 od wystąpienia PPROM, w porównaniu z grupą pacjentek z wprowadzoną antybiotykoterapią po 24 godzinach. SMFM zaleca stosowanie antybiotyków u pacjentek z PPROM powyżej 24+0 tc; antybiotykoterapię można rozważyć w przypadku PPROM pomiędzy 20 a 23+6 tc. W przypadku PPROM poniżej 20 tc należy indywidualnie rozważyć korzyści i przeciwwskazania do antybiotykoterapii.

Sterydoterapia, stosowanie siarczanu magnezu.

Sterydoterapia, wlew siarczanu magnezu przed porodem nie jest zalecany do osiągnięcia takiego wieku ciążowego, gdy próba resuscytacji noworodka i intensywnej terapii zostanie uznana za odpowiednią przez zespół opieki zdrowotnej i pożądaną przez pacjentkę.

Hospitalizacja a postępowanie w trybie ambulatoryjnym.

Brakuje wystarczających danych, aby bezpośrednio porównać opiekę pacjentki z rozpoznaniem skrajnie przedwczesnym PPROM w warunkach szpitalnych i trybie ambulatoryjnym. Wydaje się zasadnym hospitalizacja pacjentek z ww. rozpoznaniem celem wykluczenia porodu przedwczesnego czy rozwoju infekcji. Można zalecić opiekę w trybie ambulatoryjnym w przypadkach skrajnie przedwczesnego PPROM, kiedy nie osiągnięto jeszcze wieku ciążowego, kiedy płód byłby zdolny do przeżycia po urodzeniu. Należy uczulić pacjentkę na codzienny pomiar temperatury ciała, wystąpienie klinicznych objawów infekcji, czynności skurczowej, dolegliwości bólowych brzucha, krwawienia z dróg rodnych czy

podbarwionej wydzieliny z pochwy; w przypadku pojawienia się ww objawów wskazana jest hospitalizacja.

Należy przynajmniej raz w tygodniu w warunkach gabinetu lekarskiego zbadać pacjentkę, ocenić czynność serca płodu, wykonać badania laboratoryjne. Po osiągnięciu wieku ciążowego, po którym płód będzie miał szanse na przeżycie po urodzeniu należy podjąć leczenie w warunkach szpitalnych.

Czy powinno się usuwać szew szyjkowy przy przedwczesnym pęknięciu błon płodowych w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu ?

W piśmiennictwie naukowym brak jest ogólnych wytycznych na temat pacjentek z założonym szwem szyjkowych, u których wystąpiło przedwczesne pęknięcie błon płodowych na wczesnych etapach ciąży. W jednym randomizowanym badaniu pokazano, że utrzymanie szwu szyjkowego u pacjentek z PPRM pomiędzy 22+0 a 36+6 tc nie wiąże się z dłuższym czasem trwania ciąży. Pozostawienie szwu szyjkowego nie wiązało się jednak również ze zwiększonym ryzykiem zapalenia błon płodowych, poporodowego zapalenia endometrium, śmierci noworodka, zgonu okołoporodowego w porównaniu z pacjentkami z pozostawieniem szwu szyjkowego.

Postępowanie u pacjentek z PPRM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności noworodka po urodzeniu jest podobne do postępowania w przypadku PPRM w późniejszym wieku ciążowym. Należy wspólnie ustalić postępowanie po rozważeniu wskazań i przeciwwskazań indywidualnie u każdej pacjentki.

Stosowanie amniotomii, stosowanie "amniopatch".

"Amniopatch" polega na podaniu do płynu owodniowego płytek krwi matki i krioprecypitatu jako metody leczenia skrajnie przedwczesnego PPRM. Nie wykazano, aby zastosowanie amniotomii, podanie krioprecypitatu, płytek krwi matki do płynu owodniowego poprawiało wyniki okołoporodowe. Stosowanie ww wymienionych metod nie jest rutynowo zalecane. Dopuszczalne jest ich użycie wyłącznie w ramach badań klinicznych.

Jakie jest ryzyko w kolejnych ciążach w przypadku wywiadu obciążonego przedwczesnym pęknięciem błon płodowych w wieku ciążowym granicznej przeżywalności płodu ?

W jednym badaniu na grupie 108 pacjentek z wywiadem skrajnie przedwczesnego PPRM, poród przedwczesny wystąpił u blisko połowy obserwowanych. Udowodniono wysokie ryzyko porodu przedwczesnego w przypadku obciążonego wywiadu w postaci dwóch porodów przedwczesnych. Wg wytycznych ACOG profilaktyczne założenie szwu szyjkowego należy rozważyć u pacjentek z wywiadem jednej bądź więcej utraty ciąży w drugim trymestrze bez czynności skurczowej macicy czy oddzielenia się łożyska.

Podsumowanie rekomendacji

Pacjentki w ciąży z PPRM przed granicą przeżywalności oraz po przekroczeniu granicy przeżywalności płodu powinny być indywidualnie konsultowane i informowane na temat możliwych powikłań dla matki i płodu oraz korzyści wynikających z terminacji ciąży, jak i postępowania wyczekującego, aby mogły podjąć świadomą decyzję. Każdy z tych pacjentów powinien być poinformowany o możliwości terminowania ciąży. W przypadku braku przeciwwskazań można zaproponować postępowanie wyczekujące.

Rekomenduje się włączenie antybiotykoterapii w przypadku PPRM ≥ 24 t.c.

Można rozważyć włączenie antybiotykoterapii w przypadku PPRM 20+0 DO 23+6t.c..

Podanie kursu sterydów oraz siarczanu magnezu nie powinno być rozważane przed czasem, gdy płód nie kwalifikuje się do resuscytacji oraz intensywnej terapii.

Amnioinfuzja oraz "amniopatch" nie powinny być rutynowo stosowane w PPRM. Są dopuszczalne w badaniach klinicznych.

Postępowanie u pacjentek z PPRM w wieku ciążowym granicznej przeżywalności noworodka po urodzeniu jest podobne do postępowania w przypadku PPRM w późniejszym wieku ciążowym. Należy wspólnie ustalić postępowanie po rozważeniu wskazań i przeciwwskazań indywidualnie u każdej pacjentki.

U pacjentek z wywiadem ciąży PPRM przed granicą przeżywalności oraz po przekroczeniu granicy przeżywalności rekomenduje się postępowanie według wytycznych na temat porodu przedwczesnego.