

MARTWE URODZENIE – REKOMENDACJE ACOG 2020

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2020/03/management-of-stillbirth>

Poród martwego dziecka to druzgocący, niekorzystny wynik ciąży, występujący 1 na 160 porodów w Stanach Zjednoczonych. Często wiąże się z niemodyfikowalnymi, ale powszechnymi czynnikami ryzyka, takimi jak rasa i istniejące wcześniej choroby współistniejące. Nawet po dokładnej ocenie przyczyna często pozostaje nieznana. ACOG przedstawił kompleksowy dokument, który omawia czynniki ryzyka, przyczyny i postępowanie, które obejmuje wsparcie w żałobie.

Definicja martwego porodu

Amerykańskie Narodowe Centrum Statystyk Zdrowia definiuje śmierć płodu jako urodzenie płodu niedającego oznak życia.

Zaleca się zgłaszanie wszystkich zgonów płodów w wieku ≥ 20 tygodni lub 350 gramów
Wykluczone ze statystyk dotyczących martwych urodzeń:

- przerywanie ciąży z powodu wad płodu
- wcześniejsze przedwczesne pęknięcie błon płodowych,

Od 2013 r ogólny wskaźnik martwych urodzeń wyniósł 5,95 na 1000 żywych urodzeń.

Podobne wartości zaobserwowano pomiędzy wczesnym martwym urodzeniem (3 na 1000 w przedziale 20–27 tygodni) a późnym (2,97 na 1000 > 28 tygodni).

Czynniki społeczne i demograficzne ryzyka martwego porodu

- Demograficzne

Rasa | Cięża mnoga | Martwe urodzenie w wywiadzie | Płeć męska płodu | Młodszy (<15) lub Starszy (>35) wiek matki

Pacjentki w starszym wieku: z powodu śmiertelnych wad wrodzonych i aberracji chromosomalnych

Młodszy wiek: wskaźnik martwych urodzeń wśród nastolatków w wieku poniżej 15 lat wynosi 15,88 na 1000 (na podstawie dużych amerykańskich badań kohortowych populacyjnych)

Rasa: wśród czarnoskórych kobiet niebędących Latynoskami wskaźnik martwych urodzeń jest w przybliżeniu dwukrotnie większy niż w innych grupach (10,53 na 1000) największa rozbieżność występuje pomiędzy 20 a 27 tygodniem ciąży i jest spowodowana większym odsetkiem chorób współistniejących (np. cukrzyca, nadciśnienie), PROM

- Cięża przenoszona

Ryzyko względne obumarcia płodu w 41 tygodniu wynosi 2,9

Ryzyko względne po 42 tygodniu wynosi 5,1

- Choroby współistniejące

Cukrzyca (zarówno przedciężowa, jak i cukrzyca ciążowa) | Nadciśnienie tętnicze | Otyłość (BMI>30) i nadmierny przyrost masy ciała | Uzależnienia | Zapłodnienie in vitro
Cukrzyca i nadciśnienie zwiększają ryzyko od 2 do 5 razy
Trombofilia: Trombofilia nabyta (zespół antyfosfolipidowy) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem urodzenia martwego dziecka, ale w przypadku trombofilii wrodzonej ryzyko nie zwiększa się.

- Nadużywanie substancji psychoaktywnych i palenie tytoniu
Ryzyko jest zależne od dawki, szczególnie > 10 papierosów dziennie
W tej grupie także istotnie wyższe ryzyko porodu przedwczesnego i martwego urodzenia

- Cięższe wielopłodowe
W ciąży bliźniaczej ryzyko około 2,5 razy większe niż w przypadku ciąży pojedynczej (14,07 vs 5,65 na 1000)
Ryzyko urodzenia martwego dziecka w przypadku ciąży jednokosmówkowej jest wyższe niż w przypadku ciąży dwukosmówkowej, w przypadku trójczeków ryzyko wynosi 30,53 na 1000

Wyższe ryzyko w ciążach mnogich wynika z występowania powikłań charakterystycznych dla ciąż wielopłodowych, takich jak zespół przetoczenia między bliźniętami, wady wrodzone, selektywne ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrostu płodów

- Wywiad położniczy
Zwiększone ryzyko obumarcia płodu po uprzednim urodzeniu martwego dziecka w kolejnej ciąży zwiększa się około 5x
Powikłania w poprzednich ciążach (takie jak poród przedwczesny, ograniczenie wzrostu płodu, stan przedrzucawkowy) zwiększają ryzyko od 1,7 do 2x
Brak związku z poprzednim cięciem cesarskim

Etiologia wewnątrzmacicznego obumarcia płodu

- Powikłania ciąży
 - o FGR: zwłaszcza <3 percentyla
 - o Zakażenie wewnątrzmaciczne
10-20% martwych urodzeń
Najczęściej o etiologii *Streptococcus agalactiae* GBS, *E.coli*, *Listeria monocytogenes* i kiła
Badania serologiczne w kierunku toksoplazmozy, różyczki, CMV, opryszczki nie są zalecane w przypadku obumarcia płodu
 - o Czynniki ryzyka związane z pępowiną
10% martwych urodzeń
Przykłady: naczynia przoduujące | Owinięcie pępowiny | Zaciśnięcie pępowiny
Uwaga: Owinięcie pępowiny wokół szyi nie wiąże się ze zwiększonym ryzykiem urodzenia martwego dziecka
 - o Czynniki genetyczne
Anomalie chromosomowe - 6 do 13% martwych urodzeń; >20%, jeśli współwystępują nieprawidłowości anatomiczne

Najczęstsze czynniki genetyczne: Trisomia 21 (31%) | Trisomia 18 (22%) | Trisomia 13 (8%) | Monosomia X (22%)

Z uwagi na to, że w momencie pobrania do badania tkanek od obumarłego płodu komórki mogą nie być już zdolne do życia, amniopunkcja lub CVS przed porodem zwiększa szansę na uzyskanie wyniku (85% vs 28% skuteczności)

Analiza mikromacierzy (preferowana): Oparta na technologii DNA nie wymaga żywej tkanki: zwiększa skuteczność diagnostyczną do 41,9% wszystkich martwych urodzeń

Zaburzenia monogenowe: Niektóre zaburzenia monogenowe są związane z urodzeniem martwego dziecka - rutynowe badania nie są obecnie zalecane

- o Wady wrodzone
- Cechy dysmorficzne i/lub anomalie szkieletowe: 20%
- Poważne wady rozwojowe: 15 do 20%

Algorytm postępowania w przypadku martwego porodu

W przypadku martwego urodzenia należy wykonać:

- Sekcję zwłok płodu (może obejmować obrazowanie)
Pozwala uzyskać dodatkowe informacje w około 30% przypadków
- Badanie histopatologiczne łożyska (ocena makro- i mikroskopowa), w tym pępowiny i błon płodowych
Pozwala uzyskać dodatkowe informacje kliniczne w około 30% przypadków
- Badanie genetyczne
Nieprawidłowości stwierdzane w 8% przypadków

Jeżeli nie zidentyfikowano żadnej innej przyczyny należy rozszerzyć diagnostykę:

- Badanie przeciwciał antyfosfolipidowych
- Wykluczenie przecieku matczyno-płodowego
- Inne badania według wskazań

W przypadku FGR lub stanów związanych z nadciśnieniem należy wykonać

- Badanie przeciwciał antyfosfolipidowych
- Wykluczyć przeciek matczyno-płodowy
- Inne badania według wskazań

W przypadku podejrzenia wady płodu

- inne badania, w tym genetyka molekularna, w zależności od znalezionych nieprawidłowości

W przypadku zgonu śródporodowego

- Badanie przeciwciał antyfosfolipidowych
- Wykluczenie przecieku matczyno-płodowego
- Inne badania według wskazań

W przypadku porodu przedwczesnego | Zapalenie błon płodowych | PROM | Innych

- Badania w zależności od wskazań danego przypadku

Kluczowe aspekty ewaluacji martwego porodu

1. Płód i popłód

Waga | Obwód głowy | Długość płodu | Masa łożyska

Dokumentacja makroskopowych nieprawidłowości

Zabezpieczenie materiału do badań genetycznych: Pobierz ≥ 1 z następujących próbek w sterylnej pożywce tkankowej LR (nie utrwalane w formalinie)

- próbka płynu owodniowego

- fragment tkanki łożyska o wymiarach 1 cm x 1 cm pobrany spod miejsca wejścia pępowiny

- odcinek pępowiny 1,5 cm

2. W przypadku braku zgody na badanie sekcyjne płodu: próbka tkanki (najlepiej połączenie kostno-chrzęstne lub rzepka, nie skóra - zwykle brak wzrostu komórek)

Uzyskaj zgodę na sekcję zwłok płodu

Jeżeli nie wyrażono zgody: Ogranicz oględziny do oceny zewnętrznej może obejmować zdjęcia i obrazowanie (RTG, USG)

3. Wywiad medyczny matki

Historia położnicza (poprzednia i obecna)

Choroby współistniejące

Użytki, stosowane leki

Wywiad rodzinny do 3 pokoleń wstecz uwzględniający arytmie, w tym nagłą śmierć (np zespół wydłużonego QT)

Testy laboratoryjne: Kleihauera-Betkego lub cytometria przepływowa w momencie urodzenia martwego dziecka

Badania serologiczne w kierunku kiły

Antykoagulant toczniowy | Antykardiolipina | Przeciwciała IgG i IgM przeciwko beta-2 glikoproteinie (powtórz test po 12 tygodniach, jeśli wynik pozytywny)

W zależności od przypadku klinicznego pośredni test Coombsa

Badanie poziomu glukozy w kierunku LGA

Toksykologia w przypadku podejrzenia zażywania narkotyków

Postępowanie w przypadku obumarcia wewnątrzmacicznego

Sposób i czas porodu zależą od wieku ciążowego i preferencji matki

Nie ma konieczności kończenia ciąży w trybie natychmiastowym.

Obumarcie wewnątrzmaciczne w II trymestrze

Medyczna indukcja porodu: w celu usunięcia łożyska może być konieczne wykonanie wyłyżeczkowania jamy macicy.

Odesanie treści z jamy macicy może ograniczać skuteczność sekcji zwłok.

<20 tygodni

Mifepriston: 200 lub 600 mg doustnie plus mizoprostol

Dowody ograniczone w przedziale od 24 do 28 tygodni

<28 tydzień ciąży

Mizoprostol dopochwowy: 400 do 600 mcg co 3 do 6 godzin

Dawka <400mcg jest związana ze zmniejszoną skutecznością

Dodanie mifepristonu 200 lub 600 mg doustnie 24 do 48 godzin przed mizoprostolem:

- <20 tygodni: zaleca się dodanie
- 24 do 28 tygodni: Dowody ograniczone | skraca czas do porodu, ale nie poprawia ogólnej skuteczności w porównaniu do samego mizoprostolu
- ≥28 tygodni: Należy stosować standardowe protokoły indukcji porodu
-

W przypadku blizny na macicy po uprzedniej operacji

- < 24 tygodnie: Mizoprostol dopochwowo
- 24 do 28 tygodni: Konieczne są dalsze badania w celu określenia bezpieczeństwa i optymalnej dawki
dla niektórych pacjentek mogą być preferowane niższe dawki mizoprostolu (200 mikrogramów na dawkę)
- ≥28 tygodni: Stosować standardowe protokoły indukcji porodu, w tym preindukcję porodu

Kobiety ze zwiększonym ryzykiem pęknięcia macicy (np. po klasycznym cięciu cesarskim) - do rozważenia cięcie cesarskie, zalecane omówienie korzyści i potencjalnych powikłań.

Zasady opieki w żałobie

Usługi wsparcia: Rozważ skierowanie do doradcy ds. żałoby, grupy wsparcia lub specjalisty zdrowia psychicznego

Powszechne jest poczucie winy i/lub złości

Zwróć uwagę na:

Dobłą komunikację | Wspólne podejmowanie decyzji | Uznanie rodzicielstwa | Akceptację uczucia smutku

Bądź świadomy

- jakie są opcje obejmujące pochówek, kremację i pogrzeb
- potrzeby emocjonalnego i praktycznego wsparcia

Ryzyko powtórnego martwego urodzenia i nadzór przedporodowy

Dowody naukowe są ograniczone, jednak wydaje się, że ryzyko ponownego martwego urodzenia jest zwiększone.

Nadzór przedporodowy:

1. Choroby współistniejące: Stosuj dostępne rekomendacje i wytyczne postępowania
2. Otyłość
BMI przed ciążą 35-39,9, należy rozważyć zwiększony nadzór położniczy 1x w tygodniu od 37+0 tygodnia
BMI ≥40 przed ciążą, należy rozważyć zwiększony nadzór 1x w tygodniu od 34+0 tygodnia (ACOG PB 230)
3. Poprzedni martwy poród ≥32 tyg
nadzór położniczy raz lub dwa razy w tygodniu, zaczynając od 32+0 tyg. lub od 1 do 2 tygodni przed wiekiem ciążowym ostatniego martwego porodu
4. Poprzedni poród martwego dziecka <32+0
indywidualne podejście: weź pod uwagę potencjalną zachorowalność i koszty

5. USG z oceną wzrastania w 28 tygodniu w celu wykrycia ograniczenia wzrostu płodu
6. Liczenie ruchów płodu - zwiększ świadomość wzorców ruchów płodu

Zalecane jest wspólne podejmowanie decyzji ze względu na brak konkretnych danych

Zalecany jest poród po 39 tygodniu ciąży

- Jeżeli występują inne choroby współistniejące: termin porodu zgodny z zaleceniami dotyczącymi stanu klinicznego
- Niepokój matki może uzasadniać wcześniejszy poród (37+0 do 38+6) u kobiet, które są świadome zwiększonego ryzyka dla płodu.
- nie zaleca się wykonywania amniopunkcji w celu potwierdzenia dojrzałości płuc płodu

Uwaga: Zaleca się badania przesiewowe w kierunku trombofilii nabytej (antykoagulant toczniowy, przeciwciała przeciw kardiolipinie IgG IgM, przeciwciała przeciw β 2-glikoproteinę I IgG i IgM) przed planowaną ciążą

Nie zaleca się stosowania aspiryny w celu zapobieganiu wystąpienia martwego urodzenia ze względu na brak dowodów skuteczności takiego postępowania.