

Πρόωρος τοκετός Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων

Φίλιππος Τζεβελέκης
Αναπληρωτής Καθηγητής
Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική
Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Πρόωρος τοκετός

Ως πρόωρος χαρακτηρίζεται ο τοκετός που συμβαίνει πριν από την 37^η εβδομάδα της κύησης.

Συχνότητα πρόωρου τοκετού 5-15%.

Ιστορικό ενός πρόωρου τοκετού, συχνότητα 30%.

Ιστορικό δύο πρόωρων τοκετών, συχνότητα 60%.

Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί σημαντικό πρόβλημα διότι συνδέεται με αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Αιτιολογία – Παθογένεια

1. Μαιευτικά – Γυναικολογικά αίτια

- Υπερτασική νόσος της κύησης
- Προδρομικός πλακούντας
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- Πολύδυμη κύηση
- Υδράμνιο ή Ολιγάμνιο
- Πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων
- Γενετικές ανωμαλίες
- Παρουσία χωροκατακτητικών εξεργασιών
(Ινομύοματα,
Όγκοι ωοθήκης, κ.α.)
- Ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων στη μήτρα

Αιτιολογία – Παθογένεια

2. Παθολογικά αίτια

- Σοβαρές συστηματικές παθήσεις
- Ενδοκρινικές διαταραχές
- Διάφορες φλεγμονές (Ουρολοιμώξεις, Σκωληκοειδίτις, Χολοκυστίτις,
Φλεγμονές γεννητικού συστήματος)
- Κατάχρηση καπνού ή αλκοόλ
- Κακή διατροφή ή Παχυσαρκία

Αιτιολογία – Παθογένεια

3. Ανατομικά αίτια

- Ανεπάρκεια του τραχήλου της μήτρας
- Συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας
(Μονόκερη, Δίκερη, Καρδιόσχημη)

Κλινική εικόνα - Διάγνωση

Κύριο σύμπτωμα είναι οι συσπάσεις της μήτρας
οι οποίες είναι:

- ❖ Περιοδικές
- ❖ Αυξανόμενης έντασης
- ❖ Διάρκειας τουλάχιστον 30sec

❖ Συχνότητας τουλάχιστον δύο ανά δέκα λεπτά
Η διάγνωση των πρόωρων συσπάσεων γίνεται με κλινική και καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση της εγκύου για τριάντα λεπτά

Αντιμετώπιση

Εφόσον τεθεί η διάγνωση του προώρου τοκετού η απόφαση για τον τρόπο αντιμετώπισης εξαρτάται από:

- Την εκτίμηση των ωδίνων
- Τα ευρήματα από την κλινική εξέταση (εξάλειψη τραχήλου, διαστολή)
- Την παρουσία ή όχι αντενδείξεων αναστολής του τοκετού

(βαριά υπερτασική νόσος της κύησης, αθρόα αιμορραγία, χοριοαμνιονίτιδα, νεκρό έμβρυο, συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου ασύμβατες με τη ζωή και διαστολή τραχήλου >4cm και εξάλειψη >75%)

Αντιμετώπιση

Υπολογίζεται ότι στο 25% των περιπτώσεων επιχειρείται αναστολή του τοκετού.

Στο υπόλοιπο 75% δεν επιχειρείται λόγω κάποιας αντένδειξης.

Η αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού συνίσταται σε:

- ✓ Κατάκλιση της εγκύου
- ✓ Προσπάθεια αναστολής των συσπάσεων της μήτρας
- ✓ Προσπάθεια ωρίμανσης των πνευμόνων του εμβρύου προς αποφυγή ΣΑΔ

Αντιμετώπιση

Η αναστολή των συσπάσεων επιτυγχάνεται με την χορήγηση διαφόρων φαρμακευτικών τοκολυτικών σκευασμάτων.

- I. β-συμπαθητικομιμητικοί παράγοντες
- II. Αντιπροσταγλανδινικοί παράγοντες
- III. Θειικό μαγνήσιο
- IV. Αποκλειστές των διαύλων Ca^{+}
- V. Ανταγωνιστές της οξυτοκίνης

Αντιμετώπιση

Β-συμπαθητικομιμητικοί παράγοντες

(αναστέλλουν τις συσπάσεις της μήτρας δρώντας στους β_2 αδρενεργικούς υποδοχείς της μήτρας και στα μητριάα αγγεία)

Εκπρόσωποι της ομάδας αυτής είναι:

Η ριτοδρίνη, η τερμπουταλίνη και η φενοτερόλη

Σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι:

Τρόμος, Ταχυκαρδία, Υπόταση, Ναυτία- Έμετοι,
Υποκαλιαιμία,

Υπεργλυκαιμία, Πνευμονικό οίδημα

Κυριότερες αντενδείξεις είναι:

Καρδιοπάθεια της εγκύου, εκλαμψία, υπόταση,
υπερθυρεοειδισμός, μη ρυθμιζόμενος διαβήτης

Αντιμετώπιση

Αντιπροσταγλανδινικοί παράγοντες

Προκαλούν αναστολή του ενζύμου κυκλοοξυγενάση που συμμετέχει στη σύνθεση των προσταγλανδινών.

Κύριος εκπρόσωπος είναι η **Ινδομεθακίνη**

(Χρησιμοποιείται με τη μορφή υποθέτων από το ορθό)

Αντενδείξεις: **Ολιγάμνιο, μη ρυθμιζόμενος σακχαρώδης διαβήτης, υπερτασική νόσος της κύησης**

Ανεπιθύμητες ενέργειες: **Αναστολή σύγκλεισης βοταλείου πόρου**

Αντιμετώπιση

Θειικό Μαγνήσιο

Είναι λιγότερο δραστικό από την ριτοδρίνη

Αποτελεί την καλύτερη εναλλακτική λύση στις περιπτώσεις που αντενδείκνυνται οι β-συμπαθητικομιμητικοί παράγοντες

Αντιμετώπιση

Αποκλειστές των διαύλων Ca^{+}

Κυριότερος εκπρόσωπος είναι η Νιφεδιπίνη (Adalat)

Προκαλεί αγγειοδιαστολή, αρνητική ινότροπο δράση και αναστολή της δραστηριότητας του μυομητρίου

Αντιμετώπιση

Ανταγωνιστές της οξυτοκίνης

Πρόκειται για ουσίες με ισχυρή τοκολυτική δράση αποκλείοντας τους υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μυομήτριο.

Είναι εξίσου αποτελεσματικές με τους β-συμπαθητικομιμητικούς παράγοντες αλλά παρουσιάζουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Κυριότερος εκπρόσωπος είναι η Ατοσιβάνη (Tractocile)

Αντιμετώπιση

Κορτικοστεροειδή

Κυριότεροι εκπρόσωποι είναι :

Η βηταμεθαζόνη και η δεξαμεθαζόνη

Προκαλούν αύξηση του επιφανειοδραστικού παράγοντα των κυψελίδων των πνευμόνων του εμβρύου.

Ελαττώνουν την επίπτωση του ΣΑΔ και της εγκεφαλικής αιμορραγίας του νεογνού χωρίς να αυξάνουν τον κίνδυνο της λοίμωξης.

Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων (Π.Ρ.Ε.Υ.)

Πρόωρη χαρακτηρίζεται η ρήξη των εμβρυικών υμένων όταν συμβαίνει πριν από την 37^η εβδομάδα της κύησης (preterm).

Ορισμένοι συγγραφείς με τον όρο Π.Ρ.Ε.Υ. αναφέρονται στη ρήξη των εμβρυικών υμένων τουλάχιστον μια ώρα πριν από την έναρξη του τοκετού η οποία ωστόσο κατά την ακριβή μετάφραση του Αγγλοσαξωνικού όρου (premature) ή (prelabour), θα έπρεπε να ονομάζεται (πρώιμη) ή (προ του τοκετού).

Για αποφυγή σύγχυσης η ρήξη εμβρυικών υμένων τουλάχιστον μια ώρα πριν από την έναρξη του τοκετού θα αναφέρεται ως πρώιμη και θα διακρίνεται σε **τελειόμηνη** (37^η εβδομάδα της κύησης η μετά από αυτή) και σε **πρόωρη** (πριν από τις 37 εβδομάδες της κύησης).

Η συχνότητα της πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων υπολογίζεται ότι είναι 10% περίπου στο σύνολο των κυήσεων και περίπου στο 1/3 των πρόωρων τοκετών.

Αιτιολογία – Παθογένεια

Η αιτιολογία της πρόωρης ρήξης των εμβρυικών υμένων δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως.

Συνηθέστερα αίτια είναι:

- Ανιούσες φλεγμονές των γεννητικών οργάνων
- Γενικευμένες λοιμώξεις
- Ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου
- Πολύδυμη κύηση
- Υδράμνιο
- Ανώμαλα σχήματα ή προβολές του εμβρύου

Κλινική εικόνα - Διάγνωση

Κλινική εικόνα

- Αναφερόμενη αιφνίδια απώλεια υγρών από τον κόλπο.
- Συσπάσεις της μήτρας (μπορεί και να απουσιάζουν).
- Το χρώμα και η σύσταση των υγρών.
- Μείωση του μεγέθους και η κάθοδος του πυθμένα της μήτρας.

Κλινική εικόνα - Διάγνωση

Διάγνωση

- **Κολπική εξέταση** (πρέπει να γίνεται με όλους τους κανόνες ασηψίας)
 - Επισκόπηση του τραχήλου (ελέγχεται η ποσότητα, το χρώμα και η διαφάνεια του υγρού)
 - Έλεγχος του pH του υγρού με διάφορες δοκιμασίες (υδραζίνης ή υδροξειδίου του καλίου)
 - Προσδιορισμός εμβρυικών κυττάρων ή ανίχνευση ορισμένων πρωτεϊνών
 - Υπερηχογραφικός έλεγχος

Αντιμετώπιση

- ❑ Παρακολούθηση
- ❑ Αντιβιοτικά
- ❑ Κορτικοστεροειδή
- ❑ Τοκόλυση
- ❑ Τοκετός

Αντιμετώπιση

Παρακολούθηση

- ❖ Εισαγωγή σε οργανωμένη μαιευτική – γυναικολογική κλινική
- ❖ Παρακολούθηση για συμπτωματολογία κλινικής χοριοαμνιονίτιδος
- ❖ Καλλιέργεια κολπικού εκκρίματος ανά εβδομάδα
- ❖ Έλεγχος λευκών αιμοσφαιρίων (αριθμός και τύπος) και CRP
δύο φορές την εβδομάδα
- ❖ Η δακτυλική κολπική εξέταση πρέπει να αποφεύγεται
- ❖ Καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας (NST) καθημερινά
- ❖ Υπερηχογράφημα και βιοφυσικό προφίλ του εμβρύου ανά εβδομάδα

Αντιμετώπιση

Αντιβιοτικά

Η χορήγηση αντιβιοτικών σε πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων σχετίζεται με **στατιστικά σημαντική μείωση της χοριοαμνιονίτιδας, των προώρων τοκετών εντός 48 ωρών έως 7 ημερών από τη Ρ.Ε.Υ., των νεογνικών λοιμώξεων και του αριθμού των νεογνών με παθολογικό υπερηχογράφημα εγκεφάλου.**

Επίσης σχετίζεται με μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας αλλά όχι στατιστικά σημαντική.

Τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι **η αμπικιλίνη, η ερυθρομυκίνη και οι κεφαλοσπορίνες.**

Αντιμετώπιση

Κορτικοστεροειδή

Η χορήγηση κορτικοστεροειδών ελαττώνει την εμφάνιση συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (Σ.Α.Δ.), εγκεφαλικής αιμορραγίας και μειώνει τη νεογνική θνησιμότητα, χωρίς να αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης.

Κύριοι εκπρόσωποι της ομάδος των κορτικοστεροειδών είναι:

- ✓ Η βηταμεθαζόνη (δύο δόσεις των 12mg ενδομυϊκά με διαφορά 24 ωρών)
- ✓ Η δεξαμεθαζόνη (τέσσερις δόσεις των 6mg ενδομυϊκά ανά 6ωρο)

Αντιμετώπιση

Τοκόλυση

Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της χορήγησης τοκολυτικών με τη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος.

Η χορήγηση τοκολυτικών σε πρόωρη ρήξη των εμβρυικών υμένων ενδείκνυται πριν από τις 34 εβδομάδες (ιδίως πριν από τις 32) με σκοπό την παράταση της κύησης για 24 έως 48 ώρες προκειμένου να δράσουν τα κορτικοστεροειδή ή να μεταφερθεί η επίτοκος σε κατάλληλο τριτοβάθμιο κέντρο.

Αντενδείξεις :

- Χorioαμνιονίτιδα
- Αποκόλληση πλακούντα
- Μη ικανοποιητικό καρδιοτοκογράφημα

Αντιμετώπιση

Τοκετός

Π.Ρ.Ε.Υ. μεταξύ 34 και 37 εβδομάδων →

Τοκετός εντός 48 ωρών

Π.Ρ.Ε.Υ. σε κύηση <34 εβδ. →

Συντηρητική αντιμετώπιση (έλεγχος χοριοαμνιονίτιδος)

Π.Ρ.Ε.Υ. σε κύηση <24 εβδ. →

κινδύνου επιπλοκών προωρότητας *άμεσων και μακροχρόνιων*, σύνδρομο ολιγοϋδράμνιου, *πνευμονική υποπλασία και δυσμορφίες*)