

τρόπου τοκετού στην προεκλαμψία

Κύριος Σπυράκης

Μαιευτήρας Γυναικολόγος Επιμελητής

Μ/Γ Κλινικής ΠΑΓΝΗ

Κήρυξη από την Ημερίδα ΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ - ΠΡΟΕΚΛΑΜΨΙΑ" που διοργάνωσε η Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του Παν/μίου Κρήτης στις 15 Φεβρουαρίου στο Ηράκλειο.

Ο τοκετός είναι η οριστική θεραπεία της προεκλαμψίας. Η επιλογή του χρόνου τοκετού εξαρτάται από: α) μητρικούς παράγοντες, β) εμβρυϊκούς παράγοντες γ) την ηλικία κύησης.

Α. Τρόπος τοκετού: Κοιλιακός

τοκετός ή καισαρική τομή ?

Η ήπια προεκλαμψία προτιμάται ο κοιλιακός τοκετός, κατά το δυνατόν μέχρι το τέρμα της κύησης. Τα ερωτήματα πώς και η δυσκολία είναι στην διακρίση του τοκετού σε μετρίου ή σοβαρού βαθμού προεκλαμψία, ή μετρίου ή σοβαρού βαθμού προεκλαμψία σε κατάσταση προωρότητας και ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει και υπολειπόμενη ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι η πρόληψη ή η διεκπεραίωση κοιλιακού τοκετού είναι αποδεκτή επιλογή σε όλες τις περιπτώσεις και επιπλέον η επιλογή αυτή δεν είναι "επικίνδυνη" γιατί πολύ χαμηλού βάρους νεογνά. Συνεπώς η απόφαση της εκτέλεσης ή όχι ΚΤ πρέπει πάντα να λαμβάνεται με προσοχή.

Επιλογή του χρόνου τοκετού

Οι ενδείξεις για πρόκληση τοκετού με κυήσεις με προεκλαμψία σχετίζονται με την κατάσταση του εμβρύου ή της μητέρας. Οι ενδείξεις με το έμβρυο ενδείξεις οι εξής: 1) Σοβαρή υπολειπόμενη ανάπτυξη 2) Στοιχεία εμβρυϊκής δυσπραγίας 3) ολιγάμνιο. Οι ενδείξεις με τη μητέρα ενδείξεις οι εξής: 1) ηλικία κύησης >38 εβδομάδες 2) αριθμός αιμοπεταλίων < 100.000 /mm³ 3) επιδεινούμενη λειτουργία 4) επιδεινούμενη λειτουργία 5) ενδείξεις νεφρικής λειτουργίας 6) μέγιστη κεφαλαλγία ή οπτικές διαταραχές 7) επιμένουσα ναυτία, έμετος 8) προεκλαμψία.

Σε κυήσεις με ήπια προεκλαμψία

της κλινικής πορείας και της εμβρυϊκής κατάστασης. Η παρακολούθηση εμβρυϊκής κατάστασης θα στηριχθεί α) στο NST ή στο βιοφυσικό προφίλ ή και στα δύο, εβδομαδιαία ή δις εβδομαδιαίως εάν πρόκειται για κύηση που επιπλέκεται με IUGR ή ολιγάμνιο. β) στην καθημερινή καταγραφή των εμβρυϊκών κινήσεων. γ) στην υπερηχογραφική εκτίμηση (αμνιακό υγρό, βιομετρία) κάθε 3 εβδομάδες. Βεβαίως επιβάλλεται η στενή παρακολούθηση της κλινικής πορείας της προεκλαμψίας και η έγκαιρη αναγνώριση της μετάπτωσης της σε μετρίου ή σοβαρού βαθμού οπότε δεν ισχύουν τα παραπάνω και αλληλίζονται τα κριτήρια εκτίμησης του χρόνου τοκετού.

Σε κυήσεις με μετρίου ή σοβαρού βαθμού προεκλαμψία η επιλογή του χρόνου τοκετού είναι μια σχετικά δύσκολη απόφαση στην οποία ο καθορισμός κριτηρίων έχει αποτελέσει αντικείμενο έντονης και συχνά αντικρουόμενης αντιπαράθεσης στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η παρακολούθηση τέτοιων κυήσεων πρέπει να γίνεται σε τριτοβάθμιο κέντρο, με Μονάδα Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου καθώς και Νεογνολογική Μονάδα. Επίσης επιβάλλεται η σε καθημερινή βάση κλινική & εργαστηριακή παρακολούθηση της πορείας της προεκλαμψίας και η εντατική παρακολούθηση του εμβρύου.

Οι κύριοι στόχοι στη διάρκεια του τοκετού στην μετρίου & σοβαρού βαθμού προεκλαμψία είναι η πρόληψη των σπασμών και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης. Το θεϊκό μαγνήσιο είναι το σκεύασμα επιλογής για την πρόληψη ή αντιμετώπιση σπασμών σε δόση 6 gr (δόση εφόδου) και στη συνέχεια σε δόση 2 gr/ώρα σε συνεχή έγχυση. Η χορήγηση του δεν αποτρέπει τη χειρότερηση της νόσου - απλά προλαμβάνει την έξαρση σπασμών. Η αντιυπερτασική αγωγή επιβάλλεται όταν συστολική Α.Π. είναι > 160-180mmHg ή η διαστολική > 105-110mmHg. Στόχος είναι η συστολική πίεση να παραμένει στο επίπεδο των 140-155mmHg και η διαστολική στο 90-105mmHg. Η μείωση της Α.Π. πρέπει να είναι προοδευτική για να αποφευχθεί υπόταση που μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυϊκή υποξία. Πρώτη επιλογή είναι η υδραλαζίνη ή η λαβεταλόλη και β' επιλογή η νιφεδιπίνη ή το

καθορίσουν τον χρόνο τοκετού σε κυήσεις με μετρίου ή σοβαρού βαθμού προεκλαμψία είναι: η ηλικία της κύησης, η κατάσταση του εμβρύου και η βαρύτητα της νόσου στη μητέρα. Ειδικότερα εφόσον ευρισκόμαστε κοντά ή σχεδόν κοντά στο τέρμα κύησης η απόφαση θα ληφθεί με βάση την συνεκτίμηση των εξής παραγόντων: α) πορεία της εμβρυϊκής ανάπτυξης (σε συνάρτηση με το χρόνο), β) βαρύτητα κλινικής εικόνας και γ) επίτευξη πνευμονικής ωριμότητας. Εφόσον βρισκόμαστε μακριά από το τέρμα κύησης η εκτίμηση της εμβρυϊκής κατάστασης αποκτά μεγαλύτερη αξία. Η εκτίμηση αυτή θα στηριχθεί στο βιοφυσικό προφίλ, την καρδιοτοκογραφία, την εκτίμηση του όγκου του αμνιακού υγρού και στη Doppler ταχυμετρία. Οι ενδείξεις για πρόκληση τοκετού σε κυήσεις με προεκλαμψία σχετίζονται με την κατάσταση του εμβρύου ή της μητέρας και προαναφέρθηκαν.

Είναι γνωστό ότι έμβρυα με υπολειπόμενη ανάπτυξη λόγω προεκλαμψίας είναι σε αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές όπως: ενδομήτριο θάνατο, περιγεννητική υποξία ή ασφυξία, νεογνικές επιπλοκές, νευροαναπτυξιακές διαταραχές, τύπου II διαβήτη & υπέρταση στην ενήλικη ζωή. Είναι επιπλέον γνωστή η συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού βάρους γέννησης και της αυξημένης περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Η διάγνωση και εκτίμηση της ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης θα στηριχθεί: 1) στην βιομετρία του εμβρύου, όπου εκτιμάται το "μέγεθος" του εμβρύου, και η ανάπτυξη του ή καλύτερα ο ρυθμός ανάπτυξης (αν γίνονται προοπτικά οι μετρήσεις). 2) στις βιοφυσικές δοκιμασίες (προφίλ, εκτίμηση ΑΥ, Doppler ταχυμετρία) όπου εκτιμάται το "καλώς έχειν" (wellbeing) του εμβρύου και επιβεβαιώνεται η απουσία εμβρυϊκής οξυαιμίας & υποξίας. Η βιομετρία του εμβρύου αξιοποιείται κυρίως για τη διάγνωση των "μικρών για την ηλικία κύησης" (small for gestational age - SGA) εμβρύων. Αντιθέτως οι βιοφυσικές δοκιμασίες προσφέρουν στη διάκριση των εμβρύων υπολειπόμενης ανάπτυξης (IUGR) από τα SGA έμβρυα αλλά κυρίως συμβάλλουν στην αναγνώριση της

προεκλαμψία που συνοδεύεται με ενδομήτριο υπολειπόμενη ανάπτυξη είναι - εκτός φυσικά από τη παρακολούθηση και αντιμετώπιση αυτής καθαυτής της προεκλαμψίας - να είναι σε θέση να αξιολογηθεί τα εξής: 1) αναγνώριση IUGR εμβρύου 2) εκτίμηση πιθανής εμβρυϊκής δυσπραγίας 3) παρακολούθηση του εμβρύου με τα παραπάνω στοιχεία 4) έγκαιρη και σωστή παρέμβαση ώστε να αναγνωρισθεί ο κατάλληλος χρόνος τοκετού και λιγότερο ο τόπος και ο τρόπος διεκπεραίωσής του. Το κρίσιμο ερώτημα που υπάρχει στη σκέψη κάθε Μαιευτήρα που παρακολουθεί μια κύηση υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου (που σχετίζεται με προεκλαμψία ή όχι) είναι "επίσπευση του τοκετού ή ελεγχόμενη συνέχιση της κύησης". Η επίσπευση τοκετού δικαιολογείται από τον κίνδυνο της μη αναστρέψιμης βλάβης του εμβρυϊκού εγκέφαλου από τη προοδευτικά αυξανόμενη υποξία οξυαιμίας, β) του ενδομήτριου θανάτου του εμβρύου. Από την άλλη η συνέχιση της κύησης θα επιτρέψει α) την ωρίμανση των πνευμόνων την αποτροπή των επιπτώσεων της προωρότητας. Σε αυτό το κρίσιμο ερώτημα υπάρχει η διαίσθηση - και ελλείπουν σχετικές μελέτες - ότι οι περισσότεροι Μαιευτήρες επιλέγουν την - συχνά αδικαιολογητή - επίσπευση του τοκετού διότι έτσι δεν θα ενοχοποιηθούν από το ενδεχόμενο ύπαρξη ενδομήτριο θανάτου ή από την κατηγορία ότι καθυστέρηση διεκπεραίωσης του τοκετού ευθύνεται για τις τυπικές νεογνικές επιπλοκές ή κυρίως απώτερες επιπλοκές (καθυστερημένη ανάπτυξη, εγκεφαλική παράλυση κτλ). Αντιθέτως οι επιπλοκές της προωρότητας, της αναπνευστικής ανωριμότητας καθώς και του ενδεχόμενου νεογνικού θανάτου "δικαιολογηθούν" από τη αναπόφευκτη αναγκαιότητα επίσπευσης του τοκετού λόγω της υπολειπόμενης ανάπτυξης, της εμβρυϊκής δυσπραγίας, ή της κλινικής κατάστασης της μητέρας. Δυστυχώς είναι καταγεγραμμένη στη διεθνή βιβλιογραφία η σημαντική απόκλιση στην αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, ακόμη και από ειδικούς με Εμβρυομητρική Ιατρική Μαιευτήρα. Εκείνο στο οποίο μάλλον υπάρχει εύκολη ομοφωνία είναι ότι η χορήγηση