

7. VEDENÍ PRENATÁLNÍ PÉČE A PORODU DONOŠENÉHO PLODU V POLOZE KONCEM PÁNEVNÍM – DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři 2005

T. Binder, V. Unzeitig, P. Velebil

1. revize 2008

T. Binder, V. Unzeitig, P. Velebil

2. revize 2013

T. Binder, V. Unzeitig, P. Velebil

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPS ČLS JEP

Úvod

Zásadním zlomem přístupu velké části porodníků, ale i žen samotných k volbě způsobu porodu plodu v poloze koncem pánevním byly publikované výsledky multicentrické studie Term Breech Trial prof. Hannah z roku 2000. Císařský řez se stal jednoznačně preferovanou metodou porodu. I když později byly výsledky studie zpochybněny a studie sama byla pro nesystematičnost podrobena silné kritice, nevratně změnila přístup porodníků k volbě způsobu porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním.

Bipolární obrat plodu zevními hmaty

Bipolární zevní obrat plodu do polohy podélné hlavičkou má za cíl snížit incidenci polohy koncem pánevním, a v termínu porodu tak přispět ke snížení frekvence císařského řezu. Provádíme ho mezi 36.–38. týdnem těhotenství.

Podmínky:

- fyziologický průběh gravidity,
- pohyblivý plod s dostatečným množstvím plodové vody,
- po úspěšném či neúspěšném pokusu UZ a CTG kontrola stavu plodu,
- u Rh negativních žen aplikace anti-D imunoglobulinu v dávce 100 µg.

Kontraindikace:

- stavy po operacích na děloze,
- myomy a vrozené vývojové vady dělohy.

Možné komplikace:

- abrupce placenty,
- asfyxie plodu způsobená strangulací pupečníku.

Informace podané rodiče s plodem v poloze koncem pánevním v termínu o způsobu porodu

- Rodička by měla být objektivně a srozumitelně informována o výhodách a rizicích souvisejících se stávajícím i případným budoucím těhotenstvím v souvislosti s volbou plánovaného císařského řezu nebo vaginálně vedeného porodu.
- Rodička by měla být informována, že plánovaný císařský řez u plodu v poloze koncem pánevním vede ke snížení rizika perinatálního úmrtí a časné novorozenecké morbidity ve srovnání s vaginálně vedeným porodem.
- Rodička by měla vědět, že nejsou žádné důkazy o tom, že by způsob porodu měl vliv na dlouhodobý zdravotní stav novorozence.
- Rodička by měla vědět, že plánovaný císařský řez pro ni představuje lehce zvýšené riziko závažných per- a postoperačních komplikací včetně delší rekonvalescence ve srovnání s vaginálně vedeným porodem.
- Rodička by měla vědět, že však není spojován s žádnými přídatnými riziky týkajícími se jejího dlouhodobého zdravotního stavu mimo těhotenství.
- Rodička by měla vědět, že pozdější vliv císařského řezu na výsledek příštích těhotenství jak pro ni samotnou, tak pro její děti je nejistý.

Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas. Rozhodnutí těhotné ženy by měl porodník respektovat (s výjimkou takových rozhodnutí, která jsou v protikladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe).

Vaginálně vedený porod plodu v poloze koncem pánevním

- Rodička by měla být před rozhodnutím k vaginálnímu porodu plodu v poloze koncem pánevním pečlivě vyšetřena (pánevní rozměry, palpační a UZ vyšetření).

- Rodiče s nepříznivým klinickým nálezem by měla být velmi precizně vysvětlena zvýšená rizika pro ni a její dítě spojené s pokusem o vaginální porod.
- Diagnóza polohy plodu koncem pánevním stanovená prvně během porodu by neměla být primárně kontraindikací jeho dokončení vaginální cestou.

Vaginální vedení porodu není doporučeno:

- Při jiných kontraindikacích vaginálního porodu (placenta praevia, zúžená pánev apod.);
- Při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů (u primipary) nebo 3800 gramů (u multipary – vždy s přihlédnutím k porodní hmotnosti již narozených dětí);
- Při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řití;
- Při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze;
- U IUGR (obvykle definovány jako menší než 2500 g);
- Při hyperextenzi krčku plodu během porodu (potvrzeno ultrazvukem);
- Při nezkušeném a netrénovaném zdravotnickém personálu.

Management porodu

- Vaginální porod plodu v poloze koncem pánevním je možné vést pouze v zařízení, kde je možné provést urgentní císařský řez.

- Indukce porodu je přípustná, jsou-li individuální okolnosti příznivé.
- Doporučeno je kontinuální CTG monitorování stavu plodu.
- Pokud vážně sestup hýždí v průběhu druhé doby porodní, měl by být porod ukončen císařským řezem.
- Rodička rodí v poloze na zádech, alternativní polohy jsou nevhodné.
- Je doporučeno využít hmatů, které hlavičku plodu při jejím prostupu rodidly udržují ve flexi.
- V průběhu druhé doby porodní jsou na porodním sále přítomni dva porodníci (z toho jeden s atestací z oboru), porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra.
- Případná poporodní resuscitace novorozence musí být zajištěna přímo na porodním sále.

Literatura

Doporučený postup byl vypracován na základě analýzy evidence based medicínských přehledů včetně Cochranova registru kontrolovaných studií, doporučeného postupu RCOG z roku 2006 a ACOG z roku 2006 a SCOG z roku 2009.