

Dvojčata

MUDr. T. Lomíčková

Gynekologicko-porodnická klinika FN Královské Vinohrady

Vícečetná těhotenství nejsou považována za těhotenství patologická, patří však nesporně mezi těhotenství, která vyžadují zvýšenou pozornost a péči porodníka. Frekvence výskytu vícečetných těhotenství, dříve uváděná jako Hellinsovo pravidlo, tj. 1 : 85 pro dvojčata, 1 : 85² pro trojčata a 1 : 85³ pro čtyřčata platí nyní jen pro těhotenství vzniklá spontánně. Nejvyšší četnost víceplodých gravidit byla pozorována u afroamerické populace, nejmenší u Asiatů, incidence stoupá i s věkem a paritou. Vzestup frekvence víceplodých gravidit nastal v 70. letech v souvislosti se zavedením nových způsobů léčby sterility metodami asistované reprodukce. Od 80. let se díky přístupu IVF center – tj. nižší počet transferovaných embryí, selektivní fetocida – podařilo zmírnit vzestup frekvence vícečetných těhotenství – především gravidit se třemi a více plody.

V současné době uváděná frekvence vícečetných těhotenství se pohybuje mezi 2–2,6 % všech těhotenství, dvojčata v nich tvoří asi 96 %. Perinatální výsledky jsou však podstatně horší než u gravidit s jedním plodem. Perinatální mortalita je 5× vyšší, ale ani další statistické údaje nejsou moc příznivé. Vícečetná těhotenství se podílí na 12,2 % ze všech předčasných porodů, tvoří 15,5 % z neonatálních úmrtí a 9,5 % z fetálních úmrtí. Výrazně stoupá i mateřská morbidita – častější výskyt hypertenze, poruch glukózové tolerance, těhotenské hepatopatie, krvácení – a to i vzhledem k vyššímu věku matek, pacientek center IVF.

Z výše uvedených skutečností pak vyplývají i vyšší ekonomické náklady spojené s vícečetným těhotenstvím a péčí o často nezralého novorozence, které jsou u dvojčat asi 4×, u trojčat pak asi 11× vyšší než u gravidity s jedním plodem.

Prenatální péče o vícečetné těhotenství je tedy náročnější vzhledem k častému riziku předčasného porodu a tedy prematurity dále specifickými syndromy ohrožení plodů při vícečetném těhotenství (twin to twin transfusion, častější VVV, IUGR), ale také díky vyšším nárokům, které klade na matku, mnohdy starší a s přidruženými chorobami.

Péče o těhotnou do 20. týdne gravidity

Kromě rodinné a osobní anamnézy musí být pozornost zaměřena i na socioekonomickou situaci, druh zaměstnání, stres, abusus nikotinu, alkoholu či dalších drog. Podrobná porodnická anamnéza je zaměřena především na paritu, dřívější prematuritu či graviditu po IVF.

Následují standardní laboratorní a palpační vyšetření. Nejdůležitější je samozřejmě časná detekce vícečetného těhotenství, v současné době tedy UZ diagnostika. Kromě stanovení diagnózy vícečetného těhotenství musí být sonografické vyšetření zaměřeno na určení gestačního stáří, sledování sonoanatomických parametrů plodů a časnou detekce vrozených vývojových vad. UZ vyšetření umožňuje také diagnostiku syndromu mizejícího dvojčete, který nacházíme asi u 20 % původně dvouplodých gravidit.

Genetické riziko u mnohočetného těhotenství je vyšší. U dvojčat je vyšší riziko chromozomálních aberací u monochoriálních než u bichoriálních dvojčat. Riziko stoupá také s počtem plodů.

Kromě této specializované péče však nesmíme zapomenout na sledování nutričního stavu těhotné, která má mít denní kalorický příjem asi o 300 kcal vyšší – pro každý plod. Vzhledem k zvětšení objemu plazmy cca o 67 % při graviditě s dvojčaty a až 96 % při graviditě s trojčaty a asi 25 % zvětšení objemu erytrocytů, je nutná léčba anemie, dostatečnou suplementací Fe 60–100 mg denně a ac. folicum 1 mg denně [1]. Nutný je i dostatečný přívod vitaminů a minerálů – Ca, Zn, Mg, který může mít vliv na snížení rizika preeklampsie či předčasného porodu. Celkový přírůstek hmotnosti ve 34. týdnu gravidity je optimální pro matky s dvojčaty 17–23 kg, pro matky s trojčaty 23–28 kg.

Omezování tělesné a pracovní aktivity v prvních 20 týdnech těhotenství není nutné, záleží však na charakteru práce, kterou matka vykonává. Není žádoucí práce ve stoje, stres a nevhodné hygienické podmínky. Sex není třeba zakazovat, nevyvolává-li obtíže matky – krvácení či kontrakce.

Dříve doporučované profylaktické provádění cerclage hrdla děložního není již rutinou. Cerclage je indikovaná jen u případů s prokázanou inkompetencí hrdla do 16. týdne gravidity. U pacientek, kde je cerclage provedena později, je vyšší riziko předčasného porodu.

Péče o těhotnou ve 20.–26. týdnu gravidity

V tomto období gravidity je třeba pravidelně (nejlépe 1× za dva týdny) vaginálně vyšetřovat stav děložního hrdla a to jak palpačně, tak – lépe – transvaginální UZ cervikometrií. Velmi důležitým vyšetřením v tomto období gravidity je detailní UZ vyšetření, zaměřené na sonoanatomii plodu, fetální echokardiografii, diagnostiku diskrepance v růstu plodů a množství plodové vody.

Často opomíjenou, ale velmi významnou součástí prenatální péče je edukace pacientky, a to jak o výživě či tělesné aktivitě, tak o možných známkách ohrožení plodu nebo předčasném porodu. Pacientka musí být informována o plánované péči, i o riziku předčasného porodu a šancích novorozence.

Pro denní režim pacientky platí v současné době doporučení pro gravidity s dvojčaty a trojčaty – individuální přístup v souvislosti s charakterem práce. Není doporučována rutinní hospitalizace, protože nebyl prokázán její vliv na snížení incidence předčasných porodů a naopak byly potvrzeny negativní důsledky zvyšováním stresu matky, izolované v nemocnici a vystavené mnohdy nepřijemnému jednání zdravotnického personálu a nedostatku soukromí. U gravidních žen v tomto období, při fyziologickém vaginálním nálezu a bez anamnestické zátěže předčasného porodu, je optimální klid doma, v „pracovní neschopnosti“, a doporučeným klidem na lůžku 2 hodiny ráno, odpoledne a večer. Sex není při absenci obtíží zakázán.

Péče o těhotnou ve 27.–32. týdnu gravidity

Vyšetření stavu děložního hrdla palpačně, ale také transvaginální cervikometrií, by mělo být častější, tj. v intervalu asi 1 týdně. Kromě toho je ale doporučováno ultrasonografické vyšetření k detekci IUGR a dalších abnormit plodu v intervalu 3–4 týdnů, dále k detekci růstové diskrepance plodů a diskrepanci v množství plodové vody, tj. diagnostice TTT syndromu (twin to twin transfusion). TTT syndrom se vyskytuje asi u 30% monochoriálních dvojčat, v různém stupni závažnosti. Řešení tohoto problému patří do perinatologických center a je přímo závislé na zralosti ohrožených plodů.

Při palpačním sledování stavu děložního hrdla se osvědčilo užívání různých skorovacích systémů, u nás je nejčastěji používáno skóre dle Bishopa. V zahraniční literatuře je však v této souvislosti

spíše citováno skore dle Houldona – tj. délka děložního hrdla v cm minus průměr vnitřní branky v cm. Skore u dvojčat 0 a méně před 30. týdnem gravidity významně koreluje s předčasným porodem před 34. týdnem.

Neméně důležitá je edukace matky, v tomto období gravidity především o riziku a příznacích hrozícího předčasného porodu. Self-monitoring palpačně, v zahraničí i tokodynamometricky ukazuje zvýšení děložní aktivity cca týden před progresí vaginálního nálezu. Preventivní užívání tokolytik bylo spíše zavrženo, pro nejistý efekt a možné vedlejší účinky na matku, ale při kontrakcích bez zjevného dilatačního efektu je i nadále tokolytická léčba u vícečetného těhotenství indikována, podobně jako aplikace kortikoidů k urychlení plicního zrání.

Důležité je v tomto období gravidity nezapomenout na běžná, rutinní vyšetření – tj. kontrolu KO, moči, BWR a provedení orálního glukozotolerančního testu, vzhledem k častějšímu výskytu poruch glukozové tolerance. Samozřejmostí je také kontrola vaginální mikrobiální flory, a to jak mikroskopicky, tak kultivačně. Doporučena je i kontrola bakteriurie. Patologické nálezy je nutno náležitě léčit.

Péče o těhotnou po 32. týdnu gravidity

I nadále vyšetřujeme stav děložního hrdla palpačně 1x týdně, nejlépe jedním lékařem, při nejasnosti UZ cervikometrií. Sledujeme proporcionalitu růstu plodů, množství plodové vody, stav placenty a alespoň 1× za dva týdny provádíme UZ flowmetrii. Při růstové diskrepanci ve velikosti plodů nebo při podezření na IUGR kontrolujeme stav plodů častěji, tj. alespoň 2× týdně, ctg, i UZ – včetně biofyzikálního profilu.

I v tomto období gravidity je dobré nezapomenout na obvyklá vyšetření matky – pravidelné měření TK, kontroly moči a otoků, vzhledem k častějším komplikacím v souvislosti s preeklampsií. Dále je třeba důsledně kontrolovat vaginální floru opakovanými kultivacemi a řešit případnou patologii, včetně bakteriální vaginózy. Diagnostikovat a léčit i asymptomatickou bakteriurii. Pacientky s hrozícím předčasným porodem je třeba odeslat do perinatologického centra, kde bude kromě tokolytické léčby a plicní maturace i možnost kvalifikované neonatologické péče o nezralého novorozence.

Vedení porodu

Při rozhodování o způsobu vedení porodu bychom měli zvažovat především gestační stáří plodů, odhadovanou hmotnost plodů a jejich polohu. Nejkontroverznější názory jsou v otázce vedení porodu u polohy plodu B jiné než hlavičkou, v otázce časového odstupu mezi porodem plodu A a B a výhod obratu plodu B zevními hmaty nebo extrakci plodu B v poloze KP.

Vedení porodu dle polohy plodů

- Při poloze obou plodů podélné hlavičkou je doporučováno vaginální vedení porodu.
- Při poloze plodu A hlavičkou a jiné poloze plodu B je vaginální porod možný, jsou-li splněna kritéria pro vaginální porod plodu B a očekáváme-li plod s hmotností větší než 1500 g.

- Při poloze plodu A jiné než podélné hlavičkou většina porodníků doporučuje ukončení těhotenství císařským řezem.

Časový odstup mezi porodem plodu A a B

Je doporučováno dodržet časový interval 15–30 minut. Tuto dobu však lze při pečlivém monitorování stavu plodů i prodloužit. U porodů ukončených císařským řezem je naopak vhodné interval mezi vybavením plodů zkrátit na minimum a eliminovat tak riziko apozice dělohy.

Obrat zevními hmaty v.s. extrakce plodu KP

Obrat má úspěch asi ve 46–75 % případů. Problémy mohou nastat u větších plodů, nebo hmotnost plodu B větší než hmotnost plodu A o 500 a více gramů. Podmínky pro provedení obratu jsou – verifikace polohy a velikosti plodů, epidurální analgezie, možnost provedení akutního císařského řezu, UZ kontrola a CTG monitorování plodů během a po obratu.

Doporučení pro praxi

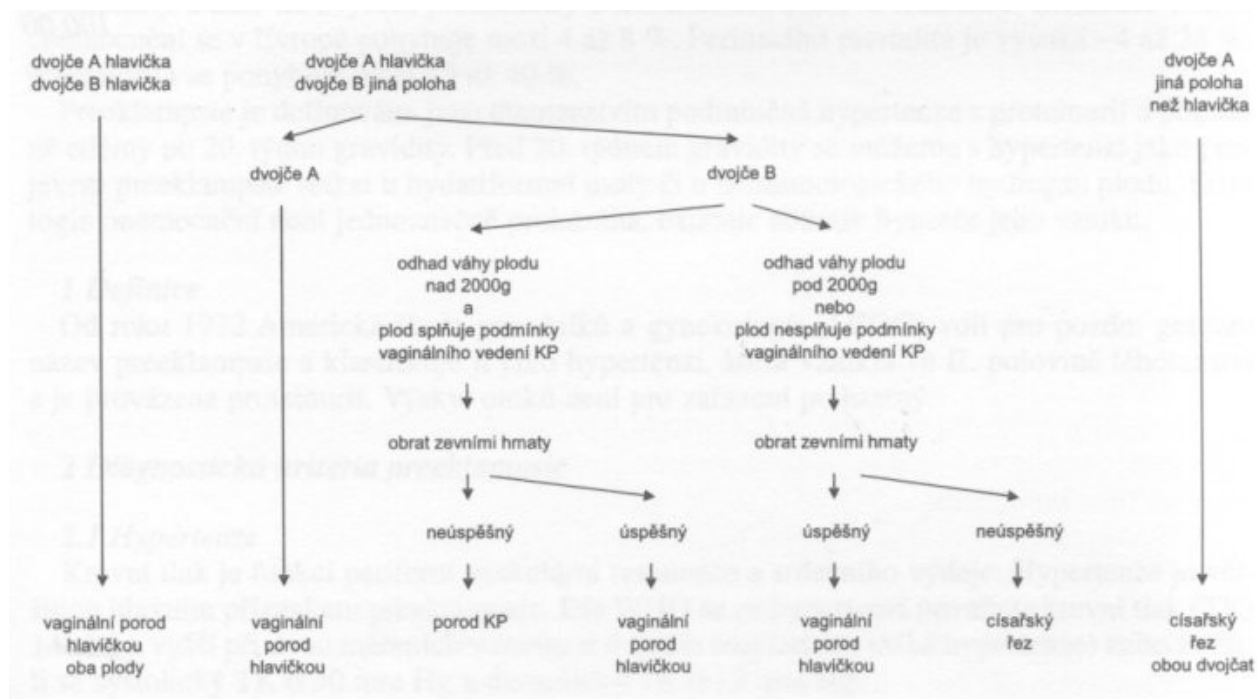
Praktické rady při vaginálním porodu

1. Rozhodnout, zda-li je možné či vhodné vaginální vedení porodu – poloha, velikost, délka gestace, kondice plodů i matky.
2. Zajistit epidurální analgesii k usnadnění porodnických manévru.
3. Vybavení a léky:
 - Zajištěné venosní vstupy
 - Porodnická postel nebo operační stůl
 - Porodnické kleště
 - Dva či více „porodnických balíčků“
 - Kardiotokograf pro dvojčata nebo dva přístroje
 - UZ přístroj
 - Dva novorozenecké resuscitační balíčky
 - Připravená infuze s oxytocinem
 - Připravená infuze s tokolytikem
 - Oxytocin nebo metylergometrin pro aktivní vedení III. doby porodní
4. Zkušený tým – jeden erudovaný porodník plus další porodník, dvě porodní asistentky, jeden až dva neonatologové, anesteziolog. Důležitým členem týmu je řádně poučená a spolupracující rodička.

Praktické rady při císařském řezu

Přípravné kroky popsané pod body 1.–4. jsou totožné jako při vaginálním porodu. Je třeba zdůraznit, že císařský řez neeliminuje traumatizaci plodů. Specifickým problémem je apozice dělohy po porodu plodu A. Ke snížení rizika této komplikace je některými autory doporučován cervikokorporální řez. Při vybavování plodu B je nutno co nejdéle zachovat intaktní vak blan,

verifikovat polohu plodu a přistoupit k extrakci. Při hrozcí apozici dělohy neváhat s aplikací tokolytik a rozšířením uterotomie k usnadnění porodu plodu. Císařský řez by měl provádět zkušený porodník nebo mladší kolega pod jeho vedením.



Vedení porodu

Literatura

1. Adams, D.M., Chervenak, F.A.: Intrapartum management of twin gestations. Clin.Obstet.Gynec.33:52, 1990.
2. Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., et al.: Porodnictví. Praha, Grada, 1999.
3. Doležal, A.: Technika porodnických operací. Praha, Grada, 1998.
4. Hájek, Z.: Péče o těhotnou s ohroženým plodem. Mod.Gynek.Porod., 10:3.,2001.
5. Kulovaný, E., Špálová, I., Vlk, R.: Vícečetné těhotenství. Mod.Gynek.Porod.,11:287,2002.
6. Lomíčková, T.: Vedení porodu dvojčat a vícečat. Mod. Gynek.Porod., 9:264, 2000.
7. Maymon, R., Herman, A., Jauniaux, E. et al: Transvaginal sonographic assesment of cervical lenght changes during triplet gestation. Hum. Reprod. 16:956, 2001.
8. Newman, R.B., Ellings, J.M.: Antepartum management of the multiple gestation: The case for specialized care. Semin. Perinatol.,19:387,1995.
9. Roztočil, A. a kol.: Porodnictví, IVPZ, Brno, 2001

*T. Lomíčková
Šrobárova 50
100 00 Praha 10*