

SPONTÁNNÍ POTRAT

Prof. MUDr. A. Zwinger, DrSc.

Ústav pro péči o matku a dítě, Katedra gynekologie a porodnictví IPVZ, Praha

1 Definice

Doposud je v platnosti Vyhláška MZČR č. 1 1/1988 Sb., podle které se považuje za potrat ukončené těhotenství, když

- a) potracený plod neprojevuje ani jednu ze známek života (dech, srdeční akce, pulzace pupečníku, aktivní pohyb svalstva) a jeho porodní hmotnost je nižší než 1 000 g a pokud je nelze zjistit, jde-li o těhotenství kratší než 28 týdnů;
- b) hmotnost plodu je nižší než 500 g, projevuje alespoň jednu ze známek života, avšak nepřežije 24 hodin;
- c) potratem se rovněž rozumí, jde-li o afetální vejce, ukončení mimoděložního těhotenství, získání těhotensky změněného endometria z dutiny děložní a také umělé přerušeni těhotenství.

V zemích s vyšší úrovní medicíny podmínky uvedené pod body a) a b), či jim podobné pro stanovení definice potratu neplatí. Zejména úspěchy neonatologů v péči o novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností snížily hranici jejich životaschopnosti do podstatně nižších týdnů těhotenství. Např. v USA považují za potrat vypuzení produktu koncepce z dělohy pouze došlo-li k němu před dokončeným 20. týdnem (139. dnem) koncepčního stáří plodu. K podobné definici se v současnosti přiklání i WHO.

K potratu může dojít z různých příčin buď samovolně (abortus spontaneus), nebo těhotenství může být ukončeno uměle (abortus artificialis). V druhém případě může jít o ukončení legální z důvodů zdravotních jak ze strany matky, tak plodu nebo na přání těhotné (umělé přerušeni těhotenství, interrupce do 12. týdne těhotenství), či nelegálně (abortus criminalis).

2 Incidence spontánního potratu

Hojně se uvádí, že spontánním potratem končí 10–15 % těhotenství. Tato incidence samovolných potratů je vysoce podhodnocená, protože zahrnuje pouze klinicky evidované potraty a nikoliv ty, které proběhnou inaparentně v době raného embryonálního vývoje, jak o tom hovoří pozorování při fertilizaci in vitro. U více než 15 % fertilizovaných oocytů nedochází k jejich dělení, ke ztrátě dalších 15 % rýhujících se vajíček dochází v prvním týdnu koncepčního stáří ještě před implantací, 25 % jich zaniká v druhém týdnu v průběhu implantace a 10 % v období nedostavivší se následně menstruace. I když jde o výsledky laboratorní, dá se předpokládat, že situace po fyziologickém oplodnění nebude příliš odlišná.

I tak, vezmeme-li v úvahu pouze klinicky evidované a hlášené potraty, zůstává tato porodnická patologie nejčastější příčinou reprodukčních ztrát (15–40 %).

3 Etiologie spontánního potratu

K více než 80 % evidovaných spontánních potratů dochází v prvním trimestru těhotenství, a to v rozhodující většině z fetálních příčin. U 50 až 60 % těchto potracených produktů koncepce se zjišťují chromozomální aberace, jejichž letální index je téměř 100 %, pouze u trizomie je kolem 75 %. Prokázali jsme u potracených plodů se zjištěnou chromozomální aberací, že současně měly v 80 % závažnou morfologickou malformaci. Byl-li karyotyp normální, pak u plodu byly nalezeny jen degenerační změny.

U spontánních potratů v II. trimestru se uplatňují častěji příčinné faktory u matky. Pokud jsou trvale přítomny, mohou podmiňovat spontánní potrat i opakovaně (např. neléčené vrozené a získané anomálie děložní dutiny, inkompetence děložního hrdla, faktory imunologické, endokrinopatie, chronická systémová onemocnění, faktory genetické – vyvážená translokace a jiné). Závažná akutní bakteriální či virová infekce matky může ovšem být příčinou spontánního potratu jak v druhém, tak prvním trimestru těhotenství.

Většinou však u nahodilých spontánních potratů jejich etiopatogenezi, stejně jako patomechanismus vedoucí k abnormálnímu průběhu ontogeneze neznáme. A pátrat po možných příčinných faktorech začneme obvykle až žena spontánně potratí opakovaně.

Dojde-li k spontánnímu potratu do 12. týdne těhotenství, považujeme jej za časný, za pozdní, když těhotná potratí mezi 12. až 20. týdnem.

4 Klinický průběh

Klinický průběh určuje terminologii potratu. Hrozící potrat (abortus imminens) se projevuje většinou nepříliš silným krvácením z uzavřeného, formovaného děložního hrdla a nevýraznými bolestmi v podbříšku. Pokud dojde k intenzivnějšímu krvácení do decidua basalis s odlučováním plodového vejce následkem nekrózy a sekundárních zánětlivých změn v oblasti implantace (týká se to především raného potratu), stává se produkt koncepce cizím tělesem a děloha se jej snaží vypudit. Krvácení z děložního hrdla se obvykle zesiluje, hrdlo se zkracuje a pootevírá, zesilují děložní stahy. Jde již o začínající potrat (abortus incipiens). Těhotenství za tohoto stavu lze již zachránit jen zcela výjimečně. Děložní stahy plodové vejce vypudí do děložního hrdla, které je dilatováno, zevní branka je však ještě uzavřena (abortus cervicalis). Je-li plodové vejce vypuzeno in toto, jde o úplný potrat (abortus completus), zůstanou-li jeho části, hlavně placenta nebo plodové blány v děloze retinovány, je potrat neúplný (abortus incompletus). Menší části placentární tkáně či blan, nejsou-li z dělohy evakuovány (zbytky po potratu – residua post abortum), mohou vésti k delší dobu trvajícím krvácením po potratu a k zánětům vnitřních rodidel. Za infikovaný považujeme potrat, postihuje-li infekce pouze vnitřní rodidla. Rozšíří-li se infekce do celého organismu, jde o septický potrat (abortus septicus).

Pokud se vývoj plodu zastaví a plod odumře, avšak zůstává retinován v děloze bez klinických příznaků potratu (krvácení, bolesti), jde o potrat zamklý (abortus retentus, missed abortion). Při zamklém potratu se kolem odumřelého plodu mohou nahromadit krevní sraženiny a vytvořit kulovitý nebo ovoidní tmavě červenohnědý útvar – zánět krevnatý (mola cruenta), který později zbledne, má barvu bezkrevného masa – zánět masový (mola carnososa). Krevní sraženiny pod zřaseným choriem mohou vytvořit laloky. Tento stav první popsal Breus a mola je nazvána jeho jménem.

Potrat molárně degenerovaného choria většinou bez nálezu embrya či plodu je spojen velmi často s chromozomální aberací, hlavně polyploidii.

5 Laboratorní a klinická vyšetření

Pouze v I. trimestru má smysl sledování hladin beta-subjednotky hCG. Mimořádně nízké hladiny by mohly být signálem, že hrozí spontánní potrat.

V celkovém krevním obraze můžeme zjistit výraznější sideropenickou anémii pouze při silném krvácení z rodidel a leukocytózu při infikovaném nebo septickém potratu. Při těchto stavech je zvýšená CRP i FW. Příčinou vyšších hodnot FW je však již samo těhotenství.

Je třeba stanovit skupinu krevní a Rh, aby nedošlo k prodlení při nutnosti podat při silném krvácení krevní náhradu a u Rh negativních těhotných včas po revizi děložní dutiny anti D globulin k zábraně Rh izoimunizace matky.

V písemnictví se uvádí, že může být významné sledování hladin sérového progesteronu jako markem pro predikci osudu těhotenství při hrozícím potratu. Jeho nízké hladiny v I. trimestru hovoří o selhání produkce progesteronu v těhotenském žlutém tělísku, později v chorioplacentárním systému.

Nejspolehlivější metodou pro sledování vývoje těhotenství při hrozícím potratu je vyšetřování ultrazvukem, v I. trimestru především vaginální sondou. Bezpečně stanoví již v 2. měsíci menstruačního stáří plodu zástavu jeho vývoje s vymizením srdeční akce a změnami jeho morfologie.

6 Diferenciální diagnostika

Diferenciálně diagnosticky musíme vyloučit především ektopické těhotenství. Mnohé klinické i laboratorní příznaky jsou u obou stavů obdobné (nedostavivší se menstruace v termínu, pozitivní těhotenský test, krvácení, bolesti v hypogastriu), hlavně pokud jde o zachovalé mimoděložní těhotenství či tubární potrat. Řešit tuto situaci pomůže palpační vyšetření, především však vyšetření ultrazvukem, které zjistí, zda je plodové vejce nebo jeho části v děložní dutině. Histologické vyšetření odlitku sliznice a negativní těhotenský test odliší potrat od dysmenorrhoea membranacea. Stejně tak negativní těhotenský test a nepřítomnost plodového vejce v děloze při ultrazvukovém vyšetření odliší od potratu hormonálně podmíněné dysfunkční krvácení.

7 Léčení spontánního potratu

Při léčení samovolného potratu platí u nás doposud pravidlo, že jakékoliv krvácení v těhotenství vyžaduje hospitalizaci. Krvácení je typické zejména pro spontánní potrat v I. trimestru (s výjimkou potratu zamlklého), pozdní potrat se nemusí projevovat krvácením, ale spíše zvýšenou děložní aktivitou. Léčebný postup závisí na klinickém nálezu.

Při hrozícím potratu, projevujícím se pouze nevýrazným krvácením nebo tzv. špiněním při nezkracujícím se uzavřeném a formovaném děložním hrdle a při potvrzení životnosti plodu ultrazvukovým vyšetřením (srdeční akce, pohyby), postupujeme přísně konzervativně.

Přikazujeme klid na lůžku, podáváme sedativa, vitaminy. Diskutabilní je aplikace gestagenů v I. trimestru při nízkých hladinách sérového progesteronu. Ve vyšších stádiích by snad mohly mít myorelaxační účinek. Veškerá medikamentózní léčba ovšem přestává být smysluplná, pokud jde u plodu o chromozomální aberaci nebo o těhotenství s odumřelým plodem.

Přechází-li hrozící potrat v potrat incipientní s progredujícím nálezem na děložním hrdle (zkracování) a případně s potratem plodu do cervixu (abortus cervicalis), je šance na zachování těhotenství zcela minimální. Výjimkou a s malou nadějí na úspěch může být incipientní potrat v II. trimestru, kdy po zasunutí vaku blan prolubujícího do pootevřeného hrdla můžeme za současného potlačení děložních kontrakcí provést cerclage děložního hrdla. Tento zákrok bude však efektivní jen tehdy, když nedošlo k ascensi infekce z pochvy do dutiny děložní se vznikem chorionamnionitis, sledovanou odtokem plodové vody.

Inkompletní potrat řešíme vakuumexhaucí nebo instrumentální evakuací a revizí dutiny děložní (potratovými kleštěmi a kyretou), což je možné většinou bez dilatace děložního hrdla. Někdy je vhodná revize dutiny děložní i po kompletním potratu. Je však vždy nutná po potratu zásnĕtu hroznového. Následně sledujeme pravidelnĕ hodnoty hCG (nebezpečí maligního zvrhnutí).

Po stanovení diagnózy zamlklĕho potratu v I. trimestru ukonĕujeme těhotenství vakuumexhaucí produktu koncepce po dilataci děložního hrdla, ve II. trimestru pak indukujeme potrat (abortus inductus). V současné době k tomu obvykle používáme různým způsobem aplikované prostaglandiny. Po vypuzení plodového vejce následuje většinou ještě instrumentální revize dutiny děložní kyretou.

8 Komplikace

Neúplné vyprázdnění děložní dutiny od zbytků produktu koncepce po samovolném potratu může vést k persistujícímu krvácení, jež si vyžadá opakování instrumentální revize děložní dutiny. Závažnější komplikací je infekce, která z dutiny děložní (endomyometritis) přejde na děložní přívĕsky a pánevní peritoneum. Může vést k septikémii, septické embolizaci, thromboflebitidĕ až k příznakům septického šoku a následnou diseminovanou intravaskulární koagulopatií (abortus septicus). Příčinou jsou často anaerobní bakterie. K léčení používáme antibiotika a příslušnou antišokovou terapii.

Iatrogenní komplikací je perforace děložní stĕny sondou, kyretou nebo potratovými kleštěmi. Perforaĕním otvorem mohou být pak při evakuaci a revizi vybaveny orgány dutiny břišní se všemi závažnými důsledky.

Uvedené komplikace, nejsou-li vĕas a správnĕ diagnostikovány (vĕetnĕ laparoskopie, případnĕ laparotomie) a adekvátnĕ léĕeny, mohou skonĕit letálnĕ.

9 Závĕr

Vzhledem k tomu, že příĕinným faktorem nahodilĕho spontánního potratu je ve více než v polovinĕ případů chromozomální aberace a zbývající mohou být podmínĕny řadou různých nepředvídaných peristatických faktorů, je prevence nahodilých spontánních potratů prakticky vylouĕena.

Úspěšnější můžeme být u žen potráĕejících opakovanĕ, u nichž jsou peristatické pravdĕpodobné faktory vedoucí k potratu trvale přítomny. Po jejich přede vším prekoncepĕní detekci a následnĕ adekvátní terapii se znaĕnĕ zvýší naše šance dalším potratům předejít.

Literatura:

1. Durfee, R. B., Pernoll, M.L.: Early pregnancy risks. In ed.: Pernoll, M. L., Current Obstet. Gynecol. Diagnosis and Treatment. Lange Medical Book, Norwalk, Connecticut 1991, s. 300.
2. Stabile, I., et al.: Spontaneous Abortion. Diagnosis and Treatment. Berlin, Springer 1992.
3. Zwinger, A. a spol. (ed.): Porodnictví. Praha, Galen 2004.

*Antonín Zwinger
Podolské nábř. 157
147 10 Praha 4*