

3ο Παγκόσμιο Συνέδριο Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Στεριρότητας - Συζητήσεις περί μαιευτικών θεμάτων

Χάρης Χ. Ελμάζης, Ειδικευόμενος Ιατρός Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Απόφοιτος Μαιευτικής Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

Στο 3ο Παγκόσμιο Συνέδριο Μαιευτικής, Γυναικολογίας και Στεριρότητας, που διεξήχθη στη Washington, DC των Η.Π.Α., στη χρονική περίοδο 20-23 Ιουνίου 2002, συζητήθηκαν ποικίλα μαιευτικά θέματα. Μεταξύ αυτών ήταν και αρκετά σημαντικά και δυσεπίλυτα προβλήματα που αντιμετωπίζονται καθημερινά στην κλινική μαιευτική πράξη, όπως:

- α) η δυστοκία των ώμων,
- β) η σωστή χρήση της καισαρικής τομής.

Δυστοκία των ώμων

Ο Dr G. Saade¹ ανέπτυξε το θέμα της πρόληψης της δυστοκίας ώμων και των σχετιζόμενων επιπλοκών. Ως ένα σημαντικό αίτιο της δυστοκίας ώμων ανέφερε τη μεγαλοσωμία, δεδομένου ότι ευθύνεται για το 50% περίπου των περιπτώσεων αυτής. Πάντως, στις μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ δυστοκίας ώμων και μεγαλοσωμίας, υπάρχει ασυμφωνία στα κριτήρια χαρακτηρισμού της μεγαλοσωμίας [π.χ. κάποιοι ερευνητές ορίζουν τη μεγαλοσωμία βάσει του βάρους γέννησης (Β.Γ.) >4000 gr ή >4500 gr, ενώ άλλοι, όταν το βάρος γέννησης είναι πάνω από την 90ή εκατοστιαία θέση για την ηλικία κυήσεως], με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια εξαγωγής συμπερασμάτων. Έχοντας, όμως, δεδομένη τη συσχέτισή τους το πρώτο ερώτημα που τίθεται είναι, το αν μπορεί να γίνει προγεννητική διάγνωση της μεγαλοσωμίας. Δυστυχώς, ούτε η κλινική εξέταση ούτε η υπερηχογραφική εκτί-

μηση είναι ακριβείς στη διάγνωση της μεγαλοσωμίας, και επιπλέον δεν διαφέρουν ουσιαδώς μεταξύ τους στην επιτυχή διάγνωση αυτής.² Εντούτοις, κατά την υπερηχογραφική εκτίμηση η πιο χρήσιμη μέτρηση για τη διάγνωση μεγαλοσωμίας είναι η περιφέρεια κοιλίας του εμβρύου (abdominal circumference-A.C.).³

Η δυστοκία ώμων είναι σημαντική, διότι είναι ένας από τους πολλούς παράγοντες κινδύνου για βλάβη του βραχιόνιου πλέγματος στα νεογνά (μαιευτική παράλυση). Βέβαια, κάκωση του βραχιόνιου πλέγματος μπορεί να συμβεί και σε καισαρική τομή, ενώ είναι αξιοπερίεργο, πως το 50% περίπου των περιπτώσεων συμβαίνει σε κοιλιακούς τοκετούς χωρίς να υπάρχει δυστοκία ώμων.

Όμως, ακόμη πιο περίεργο είναι, ότι κάκωση του βραχιόνιου πλέγματος μπορεί να συμβεί και κατά την έξοδο του οπισθίου ώμου, το οποίο φυσικά δεν μπορεί να εξηγηθεί με τον παραδεκτό μέχρι σήμερα μηχανισμό, δηλαδή ενσφήνωση του πρόσθιου ώμου στην ηβική σύμφυση της επιτόκου και δυσχέρεια στην έξοδο αυτού.

Ο Dr Saade παρατήρησε, ότι ποσοστό 8-20% των νεογνών με βάρος γέννησης >4500 gr παρουσιάζουν δυστοκία ώμων. Απ' αυτά, το 15-20% θα παρουσιάσει μαιευτική παράλυση, και από αυτή την ομάδα, μετά το πέρας ενός χρόνου, το 20-30% θα παρουσιάσει μόνιμη βλάβη. Έτσι, η μαιευτική παράλυση είναι μόνιμη σε ποσοστό μικρότερο του 5% των νεογνών με βάρος γέννησης >4500 gr και δυστοκία

ώμων. Δυστυχώς, λόγω του πολύ μικρού αριθμού νεογνών με μόνιμη μαιευτική παράλυση, είναι δύσκολο να εκπονηθούν μελέτες που να ερευνούν την πιθανότητα ύπαρξης χειρισμών, οι οποίες μειώνουν τον κίνδυνο παράλυσης του πλέγματος του Erb. Οι μελέτες έχουν εστιασθεί σε έμμεσες μεταβλητές, όπως η συχνότητα δυστοκίας ώμων, η οποία μπορεί να μην σχετίζεται άμεσα με τη συχνότητα μόνιμης μαιευτικής παράλυσης.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι σε νεογνό κήσης με σακχαρώδη διαβήτη ο κίνδυνος για δυστοκία ώμων είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος απ' ότι σε νεογνό φυσιολογικής κήσης, του ίδιου βάρους γέννησης.

Βέβαια, η δυστοκία ώμων εκτός από τη μόνιμη μαιευτική παράλυση επιφέρει και άλλες σοβαρότερες επιπλοκές, όπως την περιγεννητική ασφυξία. Ο Dr G. Saade σημείωσε, πως όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της εξόδου της κεφαλής και των ώμων του εμβρύου, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για περιγεννητική ασφυξία. Αναφέρθηκε χαρακτηριστικά σε μελέτη⁴ στην οποία βρέθηκε, πως όταν αυτό το μεσοδιάστημα είναι μεγαλύτερο από 7 λεπτά της ώρας, υπάρχει πιθανότητα εγκεφαλικής βλάβης με ευαισθησία 67% και ειδικότητα 74%.

Κατά καιρούς έχουν εκπονηθεί διάφορες μελέτες σχετικά με τη χρησιμότητα της καισαρικής τομής στα μεγαλόσωμα έμβρυα. Στην πιο πρόσφατη⁵ σχεδιάστηκε υποθετικό μοντέλο για να ελεγχθεί η χρησιμότητα αντιμετώπισης κυήσεων, ύποπτων για μεγαλοσωμία εμβρύου με καισαρική τομή. Τα αποτελέσματα ήταν:

1. Σε τελειόμηνες μη διαβητικές εγκύους με βάρος σώματος εμβρύου >4500 gr, θα χρειαζόταν να γίνουν 654 καισαρικές τομές για να προληφθεί μια μόνιμη μαιευτική παράλυση.

2. Σε τελειόμηνες διαβητικές εγκύους με βάρος σώματος εμβρύου >4500 gr, θα χρειαζόταν να γίνουν 153 καισαρικές τομές για να προληφθεί μια μόνιμη μαιευτική παράλυση.

Άλλοι ερευνητές προσπάθησαν να ελέγξουν την αποτελεσματικότητα της πρόκλησης τοκετού στην αντιμετώπιση κυήσεων με μεγαλοσωμία εμβρύου.

Τυχαία μελέτη είχε ως υλικό τελειόμηνες κυήσεις με βάρος σώματος εμβρύου 4000-4500 gr, οι οποίες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες.

Στη μια ομάδα εφαρμόστηκε πρόκληση τοκετού, ενώ στην άλλη δεν υπήρξε ιατρική παρέμβαση όσον αφορά τον τρόπο έναρξης του τοκετού. Το συμπέρασμα ήταν ότι δεν υπήρξε σημαντική στατιστική διαφορά σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης δυστοκίας των ώμων.⁶

Έτσι, τελικά, καταλήγουμε να πούμε, ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα πάνω στα οποία μπορούμε να βασιστούμε για να προλάβουμε τη δυστοκία ώμων και τις επιπλοκές αυτής. Ίσως αυτό να οφείλεται στο ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται μ' αυτήν –εκτός από το βάρος γέννησης και το σακχαρώδη διαβήτη της εγκύου– όπως το μέγεθος –σχήμα της πυέλου της εγκύου και η θέση της κεφαλής του εμβρύου.

Σωστή χρήση της καισαρικής τομής

Ο Dr M. Socol⁷ αναφέρθηκε στο ευρύ θέμα της εφαρμογής της καισαρικής τομής στις Η.Π.Α. και στις στρατηγικές μείωσης του μεγάλου αριθμού τους.

Τα τελευταία 30 περίπου χρόνια, ο αριθμός των καισαρικών τομών αυξήθηκε 5 φορές οδηγώντας σε θεαματική βελτίωση της νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, ενώ αντίθετα αυξήθηκε η μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Ο αριθ-

μός των καισαρικών τομών σταθεροποιήθηκε κάπως στη δεκαετία του '90, αλλά τώρα παρατηρείται αυξητική τάση λόγω του μειωμένου ενθουσιασμού για δοκιμασία τοκετού σε προηγηθείσα καισαρική τομή. Ακόμη, τονίσθηκε η ευρεία διακύμανση της συχνότητας χρήσης της καισαρικής τομής στις διάφορες πολιτείες των Η.Π.Α., αναφέροντας δυο σημαντικές παραμέτρους που θεωρούνται υπεύθυνες και είναι:

α) ο τρόπος άσκησης ιατρικής από το μαιευτήρα – γυναικολόγο,

β) το ιατρονομικό καθεστώς στην εκάστοτε πολιτεία των Η.Π.Α.^{8,9}

Επίσης, ο Dr M. Socol υποστήριξε τη δοκιμασία τοκετού σε προηγηθείσα καισαρική τομή. Πιστεύει ότι είναι ασφαλής για την έγκυο και, ακόμη περισσότερο, ασφαλής τακτική για το κύημα. Ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας σε έγκυο που υφίσταται δοκιμασία τοκετού μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή, δεν είναι μεγαλύτερος από 1%, αλλά και όταν συμβεί ρήξη της μήτρας, ο κίνδυνος βλάβης του κυήματος λόγω διακοπής προσφοράς οξυγόνου με την κυκλοφορία του αίματος δεν είναι πάνω από 10%. Έτσι, ο συνολικός κίνδυνος από τη δοκιμασία τοκετού σε προηγηθείσα καισαρική τομή, δεν υπερβαίνει το 1:1000. Θα πρέπει, λοιπόν, να αποφασίσουν γιατροί και έγκυες αν αποδέχονται αυτόν τον κίνδυνο.

Ιδιαίτερα θα πρέπει να προσεχθεί η περίπτωση προηγηθείσας καισαρικής τομής που χρήζει πρόκλησης τοκετού, λόγω αναφοράς σε πρόσφατες μελέτες για αυξημένο κίνδυνο ρήξης της μήτρας μετά από χρήση σκευασμάτων προσταγλανδίνης.¹⁰ Δυστυχώς, δεν διευκρινίζεται αν αυτό ισχύει για όλα τα σκευάσματα προσταγλανδίνης ή μερικά από αυτά.

Τέλος, ο Dr M. Socol ανέφερε ότι, γενικά, η πρόκληση τοκετού που δεν έχει

επαρκή ιατρική ένδειξη, ευθύνεται για το διπλασιασμό της συχνότητας των καισαρικών τομών και γι' αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται.¹¹

Ο Dr N. Fisk¹² είχε διαφορετική άποψη περί του θέματος, σημειώνοντας ότι η όλη προσπάθεια μείωσης του αριθμού καισαρικών τομών μπορεί να είναι αποπροσανατολιστική. Υποστήριξε, μάλιστα, ότι για όλες τις εγκύους η καισαρική τομή αποτελεί σήμερα αρκετά ασφαλή τρόπο διεξαγωγής τοκετού, ιδιαίτερα μετά την εφαρμογή της νέας τεχνικής της.

Ανέφερε, ακόμη, μελέτη στην οποία διαπιστώθηκε ότι τουλάχιστον το 1/3 των γυναικών μαιευτήρων – γυναικολόγων θα επέλεγε προγραμματισμένη καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχει καμιά ιατρική ένδειξη.^{13,14}

Τόνισε, επίσης, ότι ο φυσιολογικός τοκετός θεωρείται η κύρια αιτία για: α) ακράτεια ούρων, β) πρόπτωση μήτρας και γ) ακράτεια κοπράνων. Ακόμη, σε μελέτη βρέθηκε, ότι ποσοστό περίπου 40% των γυναικών με υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό είχαν απώτερες διαταραχές, όπως ακράτεια ούρων, αερίων ή και κοπράνων.¹⁵

Επίσης, σε επιδημιολογικές μελέτες που ελέγχουν την έκβαση του φυσιολογικού τοκετού, αναφέρονται με αξιοσημείωτη συχνότητα οι επιπλοκές: α) περιγεννητικός θάνατος,¹⁶ β) περιγεννητική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια,¹⁷ γ) περιγεννητική εγκεφαλική παράλυση.¹⁸ Πράγματι, υπάρχει κάποιος κίνδυνος ενδομητρίου θανάτου στην τελειόμηνη κύηση γιατί ο γιατρός περιμένει την έναρξη φυσιολογικού τοκετού, που, όπως προτείνει ο ίδιος, θα μπορούσε να μειωθεί με την καισαρική τομή.¹⁹

Έχοντας υπόψη τους κινδύνους του φυσιολογικού τοκετού, ο Dr N. Fisk υποστήριξε ότι η καισαρική τομή σε επιλεγμένες εγκύους μπορεί να είναι ένας εναλ-

λακτικός τρόπος αντιμετώπισης, ακόμη και αν υπάρχουν επίσης κίνδυνοι από αυτόν τον τρόπο τοκετού. Πρότεινε ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα, για να μελετηθούν και να συγκριθούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα του κοιλιακού τοκετού έναντι της επιλεκτικής καισαρικής τομής.

Πάντως, ο αντίλογος ήρθε από τον Dr M. Socol, ο οποίος σημείωσε ότι ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας τριπλασιάζεται με την καισαρική τομή, με ασήμαντη βελτίωση του νεογνικού αποτελέσματος (π.χ. συχνότητα εγκεφαλικής παράλυσης). Αντίθετα, ίσως υπάρχει μικρή αύξηση των πρόωρων νεογνών.²⁰

Ανέφερε, επίσης, ότι τα πιο σημαντικά αποτελέσματα από την εφαρμογή της επιλεκτικής καισαρικής τομής ίσως φανούν σε επόμενες κυήσεις, αφού ήδη σχετικές μελέτες βρίσκουν αυξημένη συχνότητα συμφυτικού (στιφρού) πλακούντα, προδρομικού πλακούντα και μαιευτικής υστερεκτομίας.²¹ Έτσι, ο Dr M. Socol πιστεύει ότι είναι ηθικά αποδεκτό για το μαιευτήρα να αρνηθεί να εφαρμόσει επιλεκτική καισαρική τομή. Επιπλέον, ίσως είναι ηθικά απαράδεκτο να χρησιμοποιούνται πόροι του Υγειονομικού Συστήματος για τόσο οριακή ωφέλεια στη γενική κατάσταση του νεογνού.

Συμπεράσματα

1. Οι μισές περίπου περιπτώσεις δυστοκίας ώμων συμβαίνουν σε έμβρυα με μεγαλοσωμία.

2. Η μέτρηση περιμέτρου κοιλίας του εμβρύου είναι μάλλον η καλύτερη υπερηχογραφική εξέταση για διάγνωση μεγαλοσωμίας.

3. Η δυστοκία ώμων συνδέεται με κάκωση βραχιόνιου πλέγματος και νεογνική ασφυξία.

4. Βλάβη του βραχιόνιου πλέγματος

μπορεί να συμβεί στον πρόσθιο ή οπίσθιο ώμο κατά το φυσιολογικό τοκετό, αλλά και στην καισαρική τομή.

5. Επί φυσιολογικού τοκετού ποσοστό 8-20% των νεογνών με Β.Γ.>4500 gr θα παρουσιάσουν δυστοκία ώμων. Απ' αυτά, στο 15-20% θα συμβεί κάκωση του βραχιόνιου πλέγματος, από τα οποία το 20-30% θα έχει μόνιμη βλάβη. Έτσι, συνυπολογίζοντας όλες τις πιθανότητες, σε ποσοστό μικρότερο από 5% των μεγαλόσωμων εμβryών με δυστοκία ώμων θα παραμείνει μόνιμη βλάβη (πάρεση ή παράλυση).

6. Τα έμβρυα των διαβητικών εγκύων βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για δυστοκία ώμων.

7. Υπολογίσθηκε ότι χρειάζεται να γίνουν παραπάνω από 650 καισαρικές τομές, για να αποφευχθεί μια μόνιμη κάκωση βραχιόνιου πλέγματος επί μη διαβητικών εγκύων με υποψία μεγαλοσωμίας του εμβρύου.

8. Η δοκιμασία τοκετού σε έγκυο που έχει προηγηθεί καισαρική τομή, σχετίζεται με κίνδυνο 1/1000 για περιγεννητική ασφυξία λόγω ρήξης μήτρας.

9. Ο κίνδυνος ρήξης μήτρας επί προηγηθείσας καισαρικής τομής, που υποβάλλεται σε δοκιμασία τοκετού, είναι μεγαλύτερος όταν χρησιμοποιούνται προσταγλανδίνες. Ενδεχομένως να διαφέρει το ποσοστό κινδύνου ανάλογα με το σκεύασμα προσταγλανδίνης που χρησιμοποιείται.

10. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για προδρομικό, στιφρό πλακούντα και μαιευτική υστερεκτομία σε προηγηθείσα καισαρική τομή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Saade G.: Can shoulder dystocia be prevented? What is the price? Program and

- abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. Presented June 22, 2002, Washington, DC.
2. **Watson W.J., Soisson A.P., Harlass F.E.:** Estimated weight of the term fetus. Accuracy of ultrasound vs. clinical examination. *J. Reprod. Med.* **1988**, 33:369-371.
 3. **Jazayeri A., Hefron J.A., Philips R., Spellacy W.N.:** Macrosomia prediction using ultrasound fetal abdominal circumference of 35 centimeters or more. *Obstet. Gynecol.* **1999**, 93:523-526.
 4. **Ouzounian J.G., Korst L.M., Ock Ahn M., Phelan J.P.:** Shoulder dystocia and neonatal brain injury: significance of the head-shoulder interval. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **1998**, 178(suppl):S76.
 5. **Rouse D.J., Owen J., Goldenberg R.L., Cliver S.P.:** The effectiveness and costs of elective cesarian delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* **1996**, 276:1480-1486.
 6. **Gonen O., Rosen D.J., Dolfin Z., Tepper R., Markov S., Fejgin M.D.:** Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. *Obstet. Gynecol.* **1997**, 89:913-917.
 7. **Socol M.:** How much does fetal monitoring increase the C-section rate? Program and abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. Presented June 21, 2002, Washington, DC.
 8. **Socol M.L., Peaceman A.M.:** Active management of labor. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* **1999**, 26:287-294.
 9. **Lopez-Zeno J.A., Peaceman A.M., Adashek J.A., Socol M.A.:** Controlled trial of a program for the active management of labor. *N. Engl. J. Med.* **1992**, 326:450-454.
 10. **Lydon-Rochelle M., Holt T.R., Easterling T.R., Martin D.P.:** Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarian delivery. *N. Engl. J. Med.* **2001**, 345:3-8.
 11. **Dublin S., et al.:** Maternal outcomes after induction of labor without an identified indication. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **2000**, 183:986-994.
 12. **Fisk N.:** C-section for all patients? Program and abstracts from the 3rd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. Presented June 22, 2002, Washington, DC.
 13. **Al Mufti R., McCarthy A., Fisk N.M.:** Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet.* **1996**, 347:544.
 14. **Gabbe S., Holzman G.:** Obstetricians' choice of delivery. *Lancet.* **2001**, 357:722.
 15. **MacLennan A.H., Taylor A.W., Wilson D.H., Wilson D.:** The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *Br J. Obstet. Gynecol.* **2000**, 107:1460-1470.
 16. Confidential Enquiry into Still Births. 8th Annual Report. London, UK: Maternal and Child Health Research Consortium, **2001**.
 17. **Adamson S.J., Alessandri L.M., Badawi N., Burton P.R., Pemberton P.J., Stanley F.:** Predictions of neonatal encephalopathy in full-term infants. *BMJ.* **1995**, 311:598-602.
 18. **MacLennan A.:** A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *BMJ.* **1999**, 319:1054-1059.
 19. **Cotzias C.S., Paterson Brown S., Fisk N.M.:** Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis. *BMJ.* **1999**, 319:287-288.
 20. **Wagner M.:** Choosing caesarian section. *Lancet.* **2000**, 356:177-180.
 21. **Kastner E.S., Figueroa R., Garry D., Maulik D.:** Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet. Gynecol.* **2002**, 99:971-975.