

ПРЕДВРЕМЕНО ПОРОДУВАЊЕ-актуелни можности за
предикција и превенција кај синдром на краток цервикс

Проф Адамова д-р Гордана

Во современа перинатологија воведени се повеќе скрининзи кои имаат за цел навремено препознавање на одредени состојби и нарушувања во бременоста, како и на примена на одредени превентивни мерки за спречување или ублажување на можни штетни влијаниа. Покрај скрининзи за урогенитални и други перинатални инфекции, аномалии, веома значителен стана и скрининг на должина на цервикалниот канал, со кој може да се открије популација на трудници која е во ризик од предвременно породување (ПП) Предвременно породување (во понатамошен текст ПП) е водечка причина на перинателен морбидитет и морталитет, поради што се потребни ефективни стратегии за намалување на нивната стапка

. Едно од 10 бебиња во свет се раѓа пред време.

12,9 милиони деца во свет се родени пред 37, од нив 30% пред 34 ГН и 30 % без препознатлив ризик . Инциденца изнеуса околу 12 проценти.

Етиологија е мултифакторијална поради што се зборува за Синдром на предвременно породување

Помеѓу две основни стратегии за намалување на инциденца на ПП, покрај анамнеза, во денешно време значително место му припаѓа на должина на цервикален канал. Со мерење на негова должина во втор триместар можна е предикција на ПП

Главните причини за краток цервикс се конгенитални аномалии, хируршки интервенции, инфекции и цервикална инкомпетенција

Голем ризик од предвременно породување постои особено кај интраамнијална инфекција

Иследување на плодова вода кај пациентки со краток цервикс покажала дека

секое трето пред време родено дете е од мајка со интраамнијална инфекција или инфламација ,поради што и покрај аплициран серклагж може да дојде до хернијација на амнион.

Вагинална цервикометрија претставува златен стандард и метод со најдобра предиктивна вредност за ПП .Cut off вредност на должината изнесува 25 мм,прифатена со консензус

Должина на цервикс под 25 мм пред 28-а ГН се смета за абнормална,меѓутоа,по 30 ГН се смета за физиолошка кај асимптоматски пациентки

Мерење на должината не се препорачува пред 14-а ГН бидејќи во тој период често е тешко да се прави дистинкција помеѓу долен утерини сегмент и ендоцервикален канал

Многу студии дошле до исти резултати—што е пократок цервикс тоа е поголем ризик од предвремено породување

Скрининг за должина на цервиксот треба да претставува составен дел о д скринингот во вториот триместар,помеѓу 18-24 ГН

Кај пациентки со низок ризик скрининг се препорачува помеѓу 18-22 ГН,а кај високоризични помеѓу 14 и 24 ГН на две недели

КЛИНИЧКИ МЕНАЏМЕНТ

краток цервикс во втор триместар кај асимптоматска бременост сеуште претставува обстетрички изазов,бидејќи сонографски краток цервикс може да биде синдром со мултипла етиологија.Интраамнионска инфекција е една од главите причини инволвирана во патофизиологија на асимптоматски краток цервикс.Микробијална инвазија на амнионска празнина е детектирана во 9 % од пациенти со краток цервикс.

Три главни тераписки опции стојат на располагање на акушерите за превенција на ПП :

ПРОГЕСТЕРОН СЕРКЛАЖ ПЕСАР

Направени се многу индиректни компаративни метаанализи на рандомизирани клинички студии за ефикасност на овие три тераписки опции, меѓутоа до сега нема ни една метаанализа со директна спордеба. Ромеро има најопсежни студии и најзаслужен е за широка примена на природен прогестерон (микронизиран) во терапија на краток цервикс. Бројни студии се занимавале со истражувања на ефектот на природен прогестерон врз краток цервикс. Резултатите покажаа дека природен прогестерон е еднакво ефикасен кај пациентки и со и без анамнеза за предвремено породување, дека значително го намалува неонаталниот морбидитет, дека делува еднакво кај должина на цервикс од 10 до 25 мм, дека е еднакво ефикасен како гел и како вагинална таблета од 200 мг. Кај гемеларна бременост не е достигната сигнификантна вредност во намалување на стапка на ПП, меѓутоа истата е постигната во намалување на ран неонатален морбидитет.

Објаснување за терапија со прогестерон кај краток цервикс, е негово позитивно влијание во случаи на суспензија и времено намалена акција, а не концентрација на пендогениот прогестерон, состојба на која може да се влијае со надворешно вносање на прогестеронот.

Во однос на другите два тераписки методи, со индиректни компарации на метаанализи е констатирано дека сите три методи имаат значителен ефект во намалување на перинаталниот морбидитет и морталитет и на намалување на стапка на ПП.

Од другите клинички наоди, во однос на резултатите од примена на песарот отстапуваат резултати од една голема рандомизирана мултицентрична студија она Николаидес каде не е докажан позитивен ефект во превенција на ПП при примена на истиот.

Студиите се едногласни и кога е во прашање примена на серклаж кај пациентки со претходни хируршки интервенции на цервиксот-серклатот.

не ја продолжува бременоста. За вакви случаи, со многу краток и инсуфициентен цервикс од бенефит може да биде интраабдоминален серклагж

На последниот конгрес за Фетална медицина изнесени се резултати од најнови студии, кои покажуваат бенефит од серклагжот и кај пациентки без позитивна анамнеза, како и кај некои случаи од гемеларна бременост

Но секако дека секогаш при наод на краток цервикс, до колку се планира серклагж како терапевска мерка, треба да се исклучи инфекција и инфламација

Во однос на 17 α -OH Progesteron caproate, новите студии укажаа дека нема евиденција за позитивен ефект врз краток цервикс нити ефект врз смирување на утерини контракции

На крајот како заклучок во однос на ефектот на трите терапевски мерки, може да се каже дека серклагжот, вагиналниот прогестерон и песарот имаат слична ефективност кај жени со единични плодови, претходно предвремено породување и краток цервикс

Директни рандомизирани споредби на овие стратегии или нивни комбинации се потребни за детерминирање на оптималниот менаџмент

ЗАКЛУЧОК

Предвремено породување и понатака останува водечка причина за перинатален морбидитет и морталитет. Секој, и најмал допринос во подобрување на предикција и превенција на оваа состојба е од значителен бенефит. Тука спаѓа и вклучување во скрининг на мерење на должина на цервикален канал, што значи дека треба да биде составен дел на скрининг во II. Триместар

Кај пациентки со краток цервикс, по детална анамнеза и клинички преглед треба да се превземе интервенција со најголеми шански за продолжување на бременост

Алгоритам предложен од Ромеро за постапка при краток цервикс

КРАТОК ЦЕРВИКС

идентифициран со

трансвагинален УЗ

Единечна

бременост

БЕЗ

претходно

претерминско

спонтано

породување

Близначка

бременост

ВАГИНАЛЕН

ПРОГЕСТЕРОН

треба да се отпочне

ако цервикалниот

канал е ≤ 25 mm

пред или во 24 гн

Иако ниту една

интервенција

не се докажала

за ефективна,

ВАГИНАЛНИОТ

ПРОГЕСТЕРОН

со

потенцијално

позитивен

ефект

ПРЕТХОДНО спонтано

претерминско

породување < 37 ГН во

кое е давано 17-ОНРС од

16 гн

1. ВАГИНАЛЕН

ПРОГЕСТЕРОН ако

цервикалниот канал е ≤

25 mm пред 24 гн

- да се прекине со

17-ОНРС

2. ЦЕРВИКАЛЕН

СЕРКЛАЖ

R.Romero, 12th World Congress in Fetal Medicine 2013, Marbella, Spain

Fetal Therapy-Update on in-utero interventions

Yoav Yinon, M.D

Associate Professor

Fetal Medicine Unit

Department of Obstetrics and Gynecology

Sheba Medical Center

Sackler School of Medicine, Tel-Aviv University

Israel

Fetal therapy includes a series of interventions performed on the “sick” fetus with the aim of achieving fetal well-being. These interventions include medical (i.e. non-invasive) and surgical procedures.

Surgical intervention on the fetus may involve either a direct operation of the fetus or an intervention on the placenta. These interventions are often complex, and are only performed when the prognosis suggests the fetus may either not survive or be severely handicapped without prenatal intervention.

Fetal therapy is a relatively new field in medicine and the latest advances in this field will be presented.

The following in-utero treatments will be discussed:

1. Laser ablation of anastomoses in twin to twin transfusion syndrome
2. In-utero transfusion for fetal anemia
3. Shunt insertion in fetal hydrothorax
4. Fetoscopic tracheal occlusion for congenial diaphragmatic hernia
5. In-utero repair of spina bifida

Obesity in pregnancy, and perinatal outcome following bariatric surgery

Eyal Sheiner MD, PhD

Deichmann-Lerner Professor and Chairman,

Department of Obstetrics and Gynecology B

Soroka University Medical Center

Vice Dean, Student Affairs

Faculty of Health Sciences

Ben-Gurion University of the Negev

Beer-Sheva, Israel

The worldwide obesity epidemic has had a profound impact on maternal-fetal medicine. At the time of conception, one in five women are obese. Obesity is associated with adverse maternal as well as perinatal outcome. The rate of women seeking bariatric surgery for weight loss is increasing with some reports suggesting that women make up nearly three quarters of the post-bariatric population. Several large, population-based studies comparing pregnancies pre-operatively and post-operatively, have elucidated the impact of bariatric surgery on maternal and fetal outcomes. Bariatric surgery seems to lower the risk of complications such as gestational diabetes mellitus, hypertensive disorders of pregnancy and large-for-gestational-age infants (LGA.) This lecture summarizes the obesity epidemic and the impact of bariatric surgery on reproductive health.

Cervical length and preterm delivery prevention

Asnat Walfisch MD

Maternity E, Head

Feto – maternal medicine

Department of Obstetrics and Gynecology B

Soroka University Medical Center

Faculty of Health Sciences

Ben-Gurion University of the Negev

Beer-Sheva, Israel

Preterm birth is a leading cause of neonatal mortality and long term morbidity. Although advances have been made in Neonatal Intensive Care Units (NICUs) all over the world, the uterus is still the best NICU...

The lecture will summarize available tools for prediction of preterm delivery, with a specific focus on cervical length, and available tools for management of asymptomatic mid trimester cervical shortening in high and low risk women. We will discuss safety and effectiveness of vaginal and intramuscular progesterone, cervical pessary, and cervical cerclage both in singletons as well as twin pregnancies. Recently published evidence will be presented along with suggested management protocols.

TROMBOPROPHYLAXIS – CURRENT ISSUE OF MODERN PERINATOLOGY

Milan STEFANOVIĆ, Dragana RADOVIĆ-JANOŠEVIĆ

Clinic of Gynecology and Obstetrics, University of Niš, Serbia

E-mail: milstef64@gmail.com

Pregnancy is a condition of increased affinity to blood clotting. The most important changes of coagulation system in pregnancy involve the increase of the following coagulation factors: fibrinogen production, level of numerous blood coagulation factors: FII, FVII, FX, FXII, acquired activated protein C resistance, and the decrease of:

fibrinolysis due to the increase of a large number of fibrinolytic activator inhibitors PAI-1 and PAI-2, thrombin activatable fibrinolysis inhibitor TAFI, and levels of protein C and S.

Growing evidence suggests that thrombophilia is associated with venous thromboembolism (VTE) and adverse pregnancy outcomes. Women with thrombophilia are at increased risk, not only of pregnancy-related venous thromboembolism (VTE), but also other vascular pregnancy complications, including fetal loss, pre-eclampsia and intrauterine growth restriction (IUGR). One of the early reports found that 65% of women with pre-eclampsia, IUGR, unexplained stillbirth or placental abruption had a form of heritable or acquired thrombophilia. This disease is not a disease on its own, but a group of inherited and acquired coagulation disorders that increase the predisposition to thrombosis. The treatment of choice in pregnancy are low-molecular-weight heparins (LMWHs) which are derived from standard heparin by controlled hydrolysis, thus obtaining heparins of a low molecular mass. Women with thrombophilia are at increased risk of developing complications during pregnancy. However, despite the increase in relative risk, the absolute risk of VTE and adverse outcomes in pregnancy remains low. Question of who should be tested and to be treated in case of thrombophilia remains controversial. Thromboprophylaxis in pregnancy is implemented as: intrapartum, intra and postpartum according to the official recommendations of American Association of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Specific recommendations of ACOG refer to the treatment of hereditary thrombophilia in pregnancy.

MONOCHORIONIC TWIN PREGNANCY, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, COMPLICATIONS AND MANAGEMENT

Prof Dr sci med. Dejan Filimonović

Gak "Narodni Front", Beograd

Abstract

Monochorionic twin pregnancy is one of the main causes of perinatal morbidity and mortality. In more than one third of monochorionic pregnancies complications occur due to intrafetal placental anastomosis. Monochorionic twins represent about 20% of all twin pregnancies. The perinatal mortality rate is four times higher than in dichorionic twin pregnancies. Neurologic complications rate is 4-5 times higher in monochorionic versus dichorionic twins, and up to 25-30% higher compared to monofetal pregnancies. The main problem in monochorionic pregnancies are placental anastomoses, that can be arterio-arterial (AA), veno/venous (VV), and arterio/venous (AV). Regarding clinical signs, they can be classified in groups, such as chronic transfusion, acute transfusion, uneven fetal growth, and uneven malformations.

Chronic Feto/Fetal Transfusion Syndrome / TTTS and TAPS

Chronic intrafetal transfusion, and particularly TTTS, is one of most evident complication of monochorionic pregnancies.

Both TTTS and TAPS are result of unbalanced arterio/venous anastomoses.

TTTS syndrome

TTTS occurs in 10-15% of all monochorionic pregnancies. It is result of quantity of AV anastomoses from donor to recipient, and their diameter. Unbalanced AV anastomoses in combination with discordant fetal growth, asymmetric placental division, and irregular umbilical insertion lead to this complication.

TTTS is severe hemodynamic disorder with hypovolemia, oliguria and oligohydramnios in donor twin, and hypervolemia, polyuria and polyhydramnios in recipient twin.

Twin Anemia Polycythemia Sequence – TAPS

TAPS occurs spontaneously in 3/5% of MC pregnancies, mostly as complication in the third trimester. It is direct result of existence of unbalanced and small diameter anastomoses, in opposite to TTTS. TAPS

can also be a result of incomplete laser photocoagulation treatment of TTTS, in 2/8% cases.

Spontaneous TAPS is diagnosed by Doppler analysis of a. cerebri media, but most of the diagnoses are established postnatally.

Acute Feto-Fetal Transfusion

Acute Feto-Fetal Transfusion occurs when there is sudden drop of blood pressure and/or heart beat frequency in one of the twins, or in cases of fetal death of one of them. It leads to one direction transfusion and acute exanguination of one of the twins, that becomes acute donor in fetal circulation, overflowing the other twin (extreme overflow).

Intrapartum Acute Feto-Fetal Transfusion

This is rare complication, that occurs in 1,8-5,5% in second twin, after the birth of the first one. It is detected by high difference in hemoglobin level in twins.

Early sIUGR

The early IUGR is present in 10% of MC twin pregnancies, with the same rate as in dichorionic twin pregnancies. It is diagnosed by the weight estimation, and the difference is tolerated if it is up to 10%.

The difference over 25% in twins weight can predict early fetal growth restriction.

Late sIUGR

Late fetal growth restriction is defined when congruent growth in the second trimester becomes discordant in the third trimester of the MC twin pregnancy. According to the clinical experience, it occurs in 5% of cases, and has fair prognosis.

Differential diagnosis of the complications in the MC twin pregnancies is perplexed, as many clinical signs are interweaving. Clinical experience shows that inaccurate diagnosis increases morbidity and mortality.

Key words

Twin pregnancy, Monochorionic twins, intrafetal transfusion, TTTS, TAPS, sIUGR