

IŠORINIO VAISIAUS APGRĘŽIMO EFEKTYVUMAS, ESANT VAISIAUS SĖDMENŲ PIRMEIGAI

Gabrielė Slauzgalvytė¹, Deimantė Stankutė¹, Vesta Gerulskytė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija, Medicinos fakultetas,

²Klaipėdos universitetinė ligoninė, Akušerijos-ginekologijos skyrius, Akušerijos klinika

Raktažodžiai: išorinis vaisiaus apgrėžimas, vaisiaus sėdmenų pirmeiga, cezario pjūvio operacija.

Santrauka

Išorinis vaisiaus apgrėžimas (IVA), esant vaisiaus sėdmenų pirmeigai, yra vienas iš alternatyvių būdų siekiant sumažinti nebūtinų cezario pjūvio operacijų (CPO) skaičių [1]. Atliktų tyrimų duomenimis parodė, jog nedidžius vaisiaus sėdmenų pirmeigos iki gimdymo, didėja perinatalinio sergamumo ir mirtingumo rizika [2]. Klinikinėje praktikoje IVA turėtų būti siūlomas, jei vaisiaus sėdmenų pirmeiga išlieka nuo 36⁺⁰ gestacinės savaitės ir nėra kontraindikacijų atlikti šį metodą. Vaisiaus sėdmenų pirmeiga nustatoma 3-4 proc. visų nėštumų, o sėkmingo IVA dažnis siekia iki 58 procentų [3].

Įvadas

Vaisiaus sėdmenų pirmeiga – išilginė vaisiaus pozicija gimdoje, kai vaisiaus galva yra gimdos dugne, o sėdmenys arba apatinės galūnės yra apatinėje gimdos dalyje [4]. Skiriamos trys sėdmenų padėties tipai: tikroji (abi vaisiaus kojos sulenktos per klubus ir ištiesios per kelius, vaisiaus pėdos netoli veido), mišrioji (abi vaisiaus kojos sulenktos per klubų ir kelių sąnarius) ir kojų pirmeiga [5]. Prie pagrindinių sėdmenų pirmeigos atsiradimo rizikos veiksnių priskiriama: miomos, vaisiaus vandenų indeksas (VVI) <5cm, placenta *previa*, prieššlaikinis gimdymas, įgimtos vaisiaus anomalijos [2,5]. Vaisiaus sėdmenų pirmeiga būdinga 3-4 proc. visų nėštumų [3]. Lyginant su galvine, sėdmenų pirmeiga turi didesnę riziką perinatalinių komplikacijų atsiradimui [6]. Net 1 iš 10 sėdmenų pirmeiga pasikartoja esant kitam nėštumui [3].

Netaisyklinga vaisiaus padėtis nuo 36⁺⁰ nėštumo savaitės priskiriama nėštumo patologijai, kuri yra viena iš didelės rizikos nėštumo veiksnių. Vaisiaus padėtis gimdoje gali būti nustatoma apčiuopos metu, pasitelkiant Leopoldo manevrą [4]. Be apčiuopos, vaisiaus sėdmenų pirmeigą galima nustatyti remiantis apžiūros per makštį duomenimis, tačiau

diagnozę patvirtina ultragarsinis tyrimas [2]. Esant sėdmenų pirmeigai, galimi trys gimdymo būdai: planinė cezario pjūvio operacija (CPO), netaisyklingos padėties vaisiaus gimdymas vaginaliniu būdu arba išorinis vaisiaus apgrėžimas (IVA). Siekiant sumažinti CPO skaičių, IVA yra laikomas pirmo pasirinkimo būdu Vakarų šalyse [6].

Tyrimo tikslas – apžvelgti išoriniam vaisiaus apgrėžimui skirtas gaires, sėkmingo procedūros atlikimo dažnį, rezultatus bei baigtis, atsižvelgiant į publikuotus mokslinius šaltinius.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Mokslinės literatūros paieška atlikta tarptautinėse medicinos duomenų bazėse PubMed, ClinicalKey, UpToDate, ScienceDirect. Į literatūros apžvalgą įtraukti 2018-2021 m. anglų kalba publikuoti straipsniai, originalūs stebėjimo tyrimai, atsitiktinių imčių kontroliuojami tyrimai bei atvejų ataskaitos ir apžvalgos pagal raktinius žodžius ir jų derinius: vaisiaus sėdmenų pirmeiga, išorinis vaisiaus apgrėžimas, cezario pjūvio operacija.

Rezultatai ir jų aptarimas

Tarptautinės akušerijos ir ginekologijos gairės (Karališkoji akušerių ir ginekologų kolegija (RCOG), Amerikos akušerių ir ginekologų draugija (ACOG), Kanados akušerių ir ginekologų draugija (SOGC), Karališkasis Australijos ir Naujosios Zelandijos akušerių ir ginekologų koledžas (RANZCOG) nurodo, kad vaisiaus sėdmenų pirmeigos atveju išorinis vaisiaus apgrėžimas turėtų būti siūlomas visoms nėščiosioms, jeigu tam nėra kontraindikacijų [2,3]. Nustatyta, kad gimdymas natūraliais gimdymo takais (angl. Vaginal Breech Birth, VBB) yra saugus būdas, jei jis atitinka reikiamus kriterijus ir prižiūrimas patyrusių specialistų [7]. Išorinis vaisiaus apgrėžimas bei gimdymas vaginaliniu būdu, esant vaisiaus sėdmenų pirmeigai, turi būti atliekamas tik tose ligoninėse, kuriose yra galimybė atlikti cezario pjūvio operaciją [8]. Pagal SOGC (2019 m.) gaires, kontraindikacijos gimdymui natūraliais gimdymo takais yra šios: virkštelės

prolapsas, vaisiaus makrosomija (>4000 g), vaisiaus augimo sulėtėjimas (<2800 g), kojų pirmėiga, vaisiaus anomalijos, atlošta vaisiaus galva [8]. Tokiais atvejais išorinis vaisiaus apgręžimas yra kontraindikuotinas, tad CPO lieka vienintelis ir pagrindinis nėštumo baigimo būdas. Remiantis publikuotais Oksfordo universitetinės ligoninės John Radcliffe ligoninės tyrimo duomenimis, prie IVA kontraindikacijų priskiriamas kraujavimas iš makšties, įtariama preeklampsija, vaisiaus augimo sulėtėjimas, abejotina ar patologinė kardiotokografija, gimdos ir vaisiaus anomalijos [9]. Intraveninės tokolizės (β mimetikai arba terbutalinas) taikymas išorinio vaisiaus apgręžimo metu pagerina sėkmingų gimdymų galvine vaisiaus pirmėiga dažnį ir mažina cezario pjūvio operacijų skaičių [5]. John Radcliffe ligoninė atliko tyrimą su 2588 nėščiosiomis, kurio metu buvo taikomas išorinis vaisiaus apgręžimas. Nustatyta, kad 100 moterų, prieš tai turėjusių CPO, net 50 proc. apsikimų buvo sėkmingi [9]. Vis dėlto, po apsikimo 3 iš jų įvyko spontaniškas reversija į sėdmenų pirmėigą. Net 93,6 proc. nėščiujų gimdė natūraliais gimdymo takais po išorinio vaisiaus apgręžimo. Iš 911 daugiakarčių nėščiujų, kurioms iki tol nebuvo atlikta CPO, IVA buvo sėkmingas 587 (64,4%) [9]. Šis metodas labai efektyvus ir po buvusios cezario pjūvio operacijos [2].

Sėkmingo IVA tikslas – didinti galimybę gimdyti natūraliais gimdymo takais, vaisių grąžinus į galvinę pirmėigą. Buvusi viena CPO ar randas gimdoje nėra IVA kontraindikacijos [5,9]. Šio metodo rizika vaisiaus būklės pablogėjimui yra mažesnė nei 1 procentas [2]. Nors sėkmingų apsikimų dažnis svyruoja nuo 16 iki 100 proc., tačiau reikėtų neatmesti galimybės spontaniško grįžimo į netaisyklingą vaisiaus padėtį [2,3]. Jei IVA nesėkmingas, pacientei siūlomas planinis VBB arba CPO, prieš tai informuojant apie galimą naudą, žalą bei komplikacijas [8]. Ultragarso tyrimas yra pirmo pasirinkimo metodas diagnozuoti vaisiaus sėdmenų pirmėigą [2]. Jei esant netaisyklingai vaisiaus padėčiai nėra galimybės atlikti ultragarso tyrimo arba jis nebuvo atliktas prieš gimdymo terminą, rekomenduojama cezario pjūvio operacija [8].

Išvados

1. Sėkmingas išorinis vaisiaus apgręžimas ženkliai sumažina nebūtinų cezario pjūvio operacijų skaičių net ir po buvusios cezario pjūvio operacijos.
2. Tiksliausias vaisiaus sėdmenų pirmėigą patvirtinantis metodas – ultragarso tyrimas.
3. Siekiant išvengti nepageidaujamų nėštumo ir gimdymo komplikacijų vaisiaus sėdmenų pirmėigos atvejais, išorinis vaisiaus apgręžimas turėtų būti siūlomas visoms nėščiosioms, nesant šio metodo taikymo kontraindikacijų.

Literatūra

1. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, Mohiddin A, Opiyo N, Torloni MR, et al. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* 2018; 392:1358-68.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
2. Wastlund D, Moraitis AA, Dacey A, Sovio U, Wilson ECF, Smith GCS. Screening for breech presentation using universal late-pregnancy ultrasonography: A prospective cohort study and cost effectiveness analysis. *PLoS Medicine* 2019;16(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002778>
3. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Management of Breech Presentation: A Comparison of Four National Evidence-Based Guidelines. *American Journal of Perinatology* 2020;37:1102-9.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1692391>
4. Ghesquière L, Demetz J, Dufour P, Depret S, Garabedian C, Subtil D. Type of breech presentation and prognosis for delivery. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2020;49(9).
<https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101832>
5. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Breech presentation: Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;252:599-604.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.03.033>
6. Savchenko J, Lindqvist PG, Wendel SB. External cephalic version for breech presentation: The guideline landscape and a quest for an optimal approach. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2020;255:197-202.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.019>
7. Morris S, Geraghty S, Sundin D. Breech presentation management: A critical review of leading clinical practice guidelines. *Women and Birth* 2021.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.011>
8. Kotaska A, Menticoglou S. No. 384-Management of Breech Presentation at Term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2019;41(8):1193-205.
<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.12.018>
9. Impey ORE, Greenwood CEL, Impey LWM. External cephalic version after previous cesarean section: A cohort study of 100 consecutive attempts. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2018;231:210-3.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.036>

EFFECTIVENESS OF EXTERNAL CEPHALIC VERSION DURING BREECH PRESENTATION

G. Slauzgalvytė, D. Stankutė, V. Gerulskytė

Keywords: external cephalic version, breech presentation, caesarean section.

Summary

External cephalic version is an alternative intervention to reduce unnecessary Caesarean sections in women with breech presentation [1]. Approximately 4% of term pregnancies are complicated by breech presentation [9]. In clinical practice, if certain criteria are met and in the absence of a contraindication to vaginal delivery, external cephalic version may be suggested for women [9]. According to the research data, where are no contraindications for external cephalic version after previous Caesarean section [5]. The overall success rate of external cephalic version is about 58% [3].

Objectives: To review the guidelines for external cephalic version, the rate, and outcomes of successful external cephalic version, found in published scientific sources.

Methods: We searched Pubmed, ClinicalKey, UpToDate, ScienceDirect databases for published articles. The literature review

includes articles in English, published from 2018-2021, randomized studies, original observation studies, systematic reviews and case reports found by using keywords and their combinations: external cephalic version, breech presentation, caesarean section.

Results and conclusions: 1. Successful external cephalic version significantly reduces the number of unnecessary caesarean section even after previous caesarean section. 2. The most accurate method to confirm breech presentation – fetal ultrasonography. 3. In the absence of contraindication to vaginal delivery, a woman with breech presentation fetus may be offered external cephalic version to avoid undesirable complications of pregnancy and delivery.

Correspondence to: gabriele.slauzgalvyte@gmail.com

Gauta 2022-02-14
