Aktuální gynekologie a porodnictví

AGP

www.actualgyn.com

Změnily se indikace k císařskému řezu?

Taťána Lomíčková
Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Korespondenční adresa:
MUDr. Taťána Lomíčková, Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha, Šrobárova 50, Praha 10, 100 54, tel.: 267162730, e-mail: tana.lom@seznam.cz

Publikováno: 15. 6. 2009 Přijato: 10. 5. 2009 Akceptováno: 10. 6. 2009
Actual Gyn 2009, 1, 42-44
ISSN 1803-9588
Tento článek lze stáhnout z www.actualgyn.com
© 2009, Aprofema s.r.o.

Abstract
The article provides an overview of indications for sectio caesarea and an analysis of possible reasons that lead to an increase in the frequency of this operation.

Key words:
sectio caesarea, forceps, indication for sectio caesarea, accompanied indications, sectio caesarea on demand

Abstrakt
Článek obsahuje přehled indikací císařského řezu a úvahu o možných důvodech zvyšování frekvence této operace.

Klíčová slova:
císařský řez, forceps, indikace císařského řezu, sdružené indikace, psychosociální indikace, císařský řez na přání

Úvod

Císařský řez patří mezi nejstarší a v současné době nejčastější porodnické operace. Operace, původně prováděná u ženy mrtvé nebo umírající jako pokus o záchranu plodu, se díky rozvoji přírodních věd, ostatních oborů medicíny a v posledních desetiletích i díky ATB profylaxi, miniheparinizaci a možnosti regionální anestezie stala operací méně rizikovou pro matku i plod, a tím došlo i k rozšíření původně omezeného indikačního spektra.

Počet porodů ukončených císařským řezem v ČR stále stoupá. Frekvence císařských řezů v roce 2008 v ČR dosáhla čísla 22 %, pro perinatologická centra je toto číslo ještě vyšší – 26 % všech porodů. Třetina císařských řezů je provedena jako operace plánovaná v graviditě. Současně je v posledních letech patrný pokles frekvence operací ve II. době porodní, především forcepsu. Z celosvětově uznávané 7–8 % frekvence a ve starších českých učebnicích frekvence okolo 4 % jsme v ČR v roce 2008 zaznamenali pokles frekvence na 1,2 % u forcepsu a 0,7 % VEX. Právě tento trend s nárůstem operací per sectionem caesaream přímo souvisí.

Perinatální úmrtnost v roce 2008 v ČR dosáhla historicky nejnižšího minima a činí 3,2 promile. Je prokázáno, že frekvence císařských řezů vyšší než 15 % neovlivňuje mortalitu a morbiditu novorozenců. A naopak vyšší incidence porodů ukončených císařským řezem prokazatelně zvyšuje incidenci mateřských komplikací. Na frekvenci císařských řezů a tudíž i „indikacích" se však kromě indikací medicínských projevují i vlivy společenské (např. VIP), ale i aktivita či pasivita ošetřujících lékařů, jejich zkušenosti, odpovědnost a strach.

V terminologii indikací k císařskému řezu můžeme použít několika hledisek. Císařské řezy označujeme jako primární = elektivní, tj. operace, jejichž indikace vznikla již před nástupem děložní činnosti, a sekundární = akutní = selektivní, kde nebylo možné indikaci předpovídat; rozlišujeme indikace absolutní (placenta praevia centralis, absolutně zúžená pánev, překážka v porodních cestách) a indikace relativní (relativní kefalopelvický nepoměr při velkém plodu). Další rozdělení indikací je z hlediska matky, plodu a indikací společných, nebo rozdělení indikací na samostatné a sdružené. V současném porodnictví se nejčastěji uplatňují tyto indikace:

1. hypoxie plodu,
2. dystokie cervikokorporální (někde označovaná jako nepostupující porod),
3. stav po předchozím císařském řezu,
4. konec pánevní.

Při hodnocení ex post však rozložení četnosti jednotlivých indikací závisí i na dalších „nemedicínských faktorech" – zkušenosti, strach či únava lékaře, kreativita při „tvorbě" indikací, porody VIP, skrytá psychosociální indikace.

Základní skupiny porodnických indikací

1. hypoxie plodu – známky hypoxie plodu na CTG, korigované dle možnosti pracoviště pulzní oxymetrií a ST-analýzou. Známky chronické hypoxie plodu.
2. fetopelvický a kefalopelvický nepoměr – pánevní deformity a zúžení, velký plod, hraniční nepoměr projevující se „nepostupujícím porodem".
3. dystokie cervikokorporální – primární a sekundární dyskinetické poruchy, které nedokážeme zvládnout konzervativně.
4. stav po předchozím císařském řezu – projevující se jako dystokie cervikokorporální, či bolesti dolního děložního segmentu, které stresují rodičku i porodníka. V jasných případech pak indikace k primárnímu císařskému řezu – zúžená pánev, mezioborové indikace.
5. vcestné překážky pro vaginální ukončení porodu – patologie pánve (tumory, fraktury), vcestné myomy, tumory malé pánve.
6. překážky měkkých cest porodních – stenózy hrdla,rigidita branky po plastických operacích či cerclage, varixy pochvy či vulvy.
7. stav po operačních zákrocích na děloze a malé pánvi (enukleace myomů, korekce vrozených vad dělohy, poševní plastiky, operace pro inkontinenci), stav po císařském řezu
   - s hojením per secundam
   - s bolestivostí v jizvě po císařském řezu
   - s hmotností plodu více než 4000 g
   - KP nebo vícečetné těhotenství.
8. placenta praevia centralis i partialis (při opakovaném krvácení).
9. abruptio placentae – při silném, opakovaném krvácení nebo známkách hypoxie plodu (UZ + flowmetrie).
10. neúspěšná indukce – při prodlouženém těhotenství nebo neúspěšné provokaci při nevčasném odtoku VP.
11. poloha plodu KP – o indikaci rozhoduje především odhadovaná hmotnost plodu, tj. plod menší než 2500 g nebo naopak větší než 3500 g u primipar a 3800 g u multipar, dále porušené držení plodu – tj. naléhání nožkama či kolínky, vysoko naléhající KP bez známek progrese, podezření na IUGR, oligohydramnion. Indikací i ukončení porodu per sectionem caesearam je samozřejmě i nesouhlas rodičky s vaginálním vedením porodu KP.
12. nepravidelné polohy plodu – poloha příčná, šikmá, ale i deflexní polohy – čelní, obličejová, dále asynklitismus přední i zadní a vysoký přímý stav.
13. naléhání a výhřez pupečníku.
14. vícečetné těhotenství – kolizní poloha dvojčat, nepravidelné polohy plodů, velké nebo naopak malé a nezralé plody, oligohydramnion, známky IUGR, monoamniální, monochoriální dvojčata, stav p. sectionem caesearam, velké hmotnostní rozdíly mezi plody (více než 500 g), tři a více plodů, antepartální úmrtí jednoho z plodů.
15. pelveolýza a symfyzeolýza – pro zhoršení stavu matky po spontánním porodu.
16. Rh-izoimunizace.
17. horečka za porodu – při individuálním přístupu a ATB cloně a neúspěchu indukce.
18. herpes genitalis – při akutním „výsevu" eflorescencí.
19. celkové onemocnění ženy – DM, hypertenze, kardiopatie, eklampsie, indikace mezioborové – oční, ortopedické. Tyto by měly být pečlivě zváženy konziliem odborníků i vzhledem k tomu, že naprostá většina „neporodníků" považuje císařský řez za banální operaci bez vedlejších komplikací.
20. žena umírající a mrtvá – velmi vzácná indikace, je třeba připomenout, že plod může v děloze přežít cca 20 minut.

21. sdružené indikace – vznikají na podkladě komplexního rozhodování (např. věk těhotné, gestační anamnéza, léčená sterilita, infertilita, prematurita). Mezi tyto indikace lze však pro zkušeného porodníka skrýt cokoliv – strach rodičky z porodu, strach porodníka z rodičky, nejistotu, „mít vše odbyto a nečekat na porod na telefonu" a mnoho dalších faktorů. V těchto parametrech není dost dobře možné odlišit indikace sdružené od indikací psychosociálních.
22. psychosociální indikace – jejich existence je nesporná, jejich přiznání však závisí spíše na osobnosti indikujícího. Viz VIP, ale i pacientky s anamnézou mrtvého plodu, lékařky s KP, infertility, sterility. Každému z nás je jasné, že například u 35leté lékařky primipary při poloze plodu KP (byť řitní), výšce 168cm a odhadované hmotnosti plodu 3400 g je možné stanovit indikaci k císařskému řezu, která není psychosociální. Z toho plyne, že četnost indikací v této skupině je nestanovitelná.
23. císařský řez na přání – dle vyjádření FIGO není provedení císařského řezu na přání z lékařské indikace eticky zdůvodněné. Tento závěr se opírá o údaje o vyšší mateřské morbiditě a mortalitě po císařském řezu. V neposlední řadě jsou však i kriteria ekonomická. Je třeba si konečně přiznat neinzerovanou skutečnost, že císařský řez na přání se běžně provádí ve většině (ne-li všech) pracovištích. Může-li však žena rozhodovat o ukončení nechtěného těhotenství, o prenatální diagnostice, porodnické analgezii, poloze při porodu, výběru porodníka či porodu doma, může se vyjádřit i ke způsobu vedení porodu. Indikace k porodu „na přání rodičky" jsou však vzhledem k alibistickým postojům odborné veřejnosti skrývány „odbornou indikací".

Závěr

Odborné indikace k císařskému řezu se v posledních letech zásadně nezměnily. Změnili jsme se my – porodníci, změnily se právní podmínky v naší profesi a změnily se rodičky.

1. Rodičky. Narůstá počet prvorodiček starších 30 let, ale právě tyto ženy mají většinou vyšší socioekonomický status, více o sebe pečují a jsou tak biologicky „mladší" než přede 20 lety. Jsou však také suverénnější a více zvyklé rozhodovat o sobě samy. „Šikovná" formulace a „dobrá rada odborníka" v naprosté většině zásadně rozhodnutí rodičky ovlivní směrem, který je pro porodníka výhodnější – časově, provozně i ekonomicky.
2. Právní podmínky. Zvyšuje se frekvence žalob, mnohdy i neodůvodněných, tak pracujeme pod stále větším tlakem a stresem.
3. Porodníci. S poklesem frekvence operací ve II. době porodní, především operací klešťových (nemluvě o obratech a extrakcích plodu), klesají i naše zkušenosti s těmito výkony, a tím i naše erudice. Svoji dyscheirii (manuální neobratnost) a strach z právních postihů neřešíme další výukou (na fantomech či modelech), ale zvyšováním frekvence císařských řezů indikovaných „ještě včas" před II. dobou porodní nebo postupy, jak provést bezpečněji císařský řez ve chvíli, kdy je vlastně již při vstouplé hlavičce kontraindikován.

Další nárůst frekvence císařských řezů je tedy pravděpodobný, a tak výrok, že „císařský řez je výrazem neschopnosti porodníka ukončit porod vaginálně" patří již minulosti.

Literatura

1. Čech E, Hájek Z, Maršál K, Srp B. Porodnictví. GRADA. Praha 1999
2. Čech E, Hájek Z, Maršál K, Srp B. Porodnictví. 2. přepracované a doplněné vydání. GRADA. Praha 2006
3. Čepický P. Císařský řez na přání a psychosociální indikace císařského řezu. Mod. Gyn. Por. 2004;13(1)
4. Čepický P. Porod. Mod. Gyn. Por. 1999;8(3)
5. Doležal A. Technika porodnických operací. GRADA. Praha l998
6. Doležal A. Porodnické lability a komplikace. Systémové – evoluční, historické a logické aspekty. Mod. Gyn. Por. 2002;11(1)
7. Edmonds DK. Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates. 7th ed. Blackwell Science. London 2007
8. Fortner KB, Szymanski LM, Fox HE, Wallach EE. Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 3rd ed. Spiral Manual Series. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2007
9. Hájek Z, et al. Rizikové a patologické těhotenství. GRADA. Praha 2004
10. Měchurová A. Císařský řez na přání. Mod. Gyn. Por. 2004;13(1)
11. Rock JA, Jones HW. Te Linde's Operative Gynecology. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2008
12. Roztočil A. Císařský řez na přání. Mod. Gyn. Por. 2004;13(1)
13. Roztočil A, et al. Porodnictví. IDVPZ. Brno 2001
14. Zábranský F. Sectio caesearea. Mod. Gyn. Por. 2000;9(1)
15. Zábranský F. Technika císařského řezu. GALEN. Praha 1997