WPŁYW ŁOŻYSKA OBWAŁOWANEGO NA PRZEBIEG CIĄŻY, PORODU I WCZESNEGO POŁOGU – ROLA I ZADANIA POŁOŻNEJ

INFLUENCE OF CIRCUMVALLATE PLACENTA ON THE COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY, EARLY POSTPARTUM – THE ROLE OF MIDWIFE AND TASKS IN MIDWIFERY CARE

Jadwiga Surówka^{1, a}, Dorota Matuszyk^{2, b}

¹ Studenckie Koło Naukowe Opieki Położniczej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

² Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

^a <https://orcid.org/0000-0003-0170-8820>

^b <https://orcid.org/0000-0002-3765-6869>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.13>

STRESZCZENIE

Łożysko obwałowane występuje jedynie w przebiegu 1–2% ciąży. Panuje przekonanie, iż stanowi istotny klinicznie przypadek położniczy. Etiologia rozwoju łożyska obwałowanego nie została do końca poznana, jednak istnieje kilka teorii dotyczących przyczyn jej występowania. Łożysko obwałowane charakteryzuje się pozakosmówkowym rozwojem łożyska, powodującym powstanie obwałowania wzdłuż brzegów łożyska, co prowadzi do upośledzenia jego wydolności. W konsekwencji często staje się przyczyną wewnątrzmacicznej hipotrofii płodu. Ciąże przebiegające z patologią łożyska klasyfikowane są jako wysokiego ryzyka, wymagające intensywnego monitorowania rozwoju płodu i sprawowania opieki nad matką i płodem przez ośrodek o najwyższej referencyjności. Opieka nad pacjentką w przebiegu ciąży i porodu z patologią łożyska stanowi wyzwanie dla sprawującego opiekę personelu medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem roli opieki sprawowanej przez położną. Położna uczestniczy we wczesnym wykrywaniu niepokojących objawów mogących świadczyć o pogarszaniu się dobrostanu płodu, jak i poddaje ocenie stan ogólny oraz położniczy matki mogący sugerować zagrożenie życia obojga pacjentów. Celem pracy jest przedstawienie, na podstawie dostępnego piśmiennictwa, unikatowej patologii łożyska w kontekście przebiegu ciąży, porodu, połogu oraz konsekwencji dla rozwijającego się płodu, oraz ukazanie roli położnej.

SŁOWA KLUCZOWE: łożysko obwałowane, patologia łożyska, położna, opieka położnicza.

ABSTRACT

The Circumvallate Placenta is a rare pathology of the human placenta that occurs in 1-2% of pregnancies. It is a clinically significant obstetric case. The aetiology of the development of the Circumvallate Placenta is not fully understood, and there are several theories as to the causes of its occurrence. It characterizes extrachorial placental development, resulting in a ring formation along the edges of the placenta, which leads to its efficiency impairment. As a consequence, it causes intrauterine fetal hypotrophy. Pregnancies with placental pathology are classified as high-risk, requiring intensive monitoring of maternal and fetal care by the highest reference clinical centre. Caring for a woman during pregnancy and delivery with placental pathology is a challenge for the healthcare professional, with a particular focus on the role of midwifery care. The midwife early detects disturbing symptoms that may indicate a deterioration of the health condition of the fetus and assess the general and obstetric situation of the mother, which may suggest that both patients' lives are at risk. This study aims to present the extraordinary pathology of the placenta in the course of pregnancy, delivery, postpartum and the consequences for the developing fetus based on the available literature, and make a point of the role of the midwife.

KEYWORDS: circumvallate placenta, placental pathology, midwife, midwifery care.

Wstęp

Łożysko jest wysoce wyspecjalizowanym narządem maczyno-płodowym, który powstaje podczas trwania ciąży, by umożliwić wzrost i rozwój płodu. Pełni wiele istotnych funkcji, bez których wzrastanie płodu w łonie matki byłoby niemożliwe. Odpowiada między innymi za wymianę gazową między matką a płodem, dostarczanie substancji budulcowych, usuwanie produktów

przemiany materii oraz pełni rolę gruczołu wydzielania wewnętrznego, uwalniając hormony zarówno do krążenia matki, jak i płodu. Hormony produkowane przez łożysko wpływają na procesy zachodzące w ciąży i przebieg porodu. Stanowi również pierwszą barierę immunologiczną chroniącą płód przed zakażeniem [1]. O rozwoju łożyska możemy mówić od 6–7 dnia po zapłodnieniu, kiedy następuje implantacja zarodka na eta-

pie blastocysty, w zmienionej ciążowo błonie śluzowej jamy macicy – doczesnej. W 14. tygodniu ciąży łożysko prezentuje swoją ostateczną budowę, a dalsze etapy przemian strukturalnych polegać będą na zmianach o podłożu czynnościowym, by sprostać wymaganiom metabolicznym rozwijającego się płodu na każdym etapie jego rozwoju [2].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie unikatowej patologii łożyska w kontekście przebiegu ciąży, porodu, potęgu oraz konsekwencji dla rozwijającego się płodu na podstawie dostępnego piśmiennictwa, a także wskazanie roli położnej.

Łožysko obwałowane

Łožysko obwałowane (ang. circumvallate placenta) jest rzadko występującą patologią łożyska wkląającą 1–2% ciąż [3].

Panuje przekonanie, iż stanowi istotny klinicznie przypadek położniczy, będący wyzwaniem dla personelu sprawującego opiekę nad kobietą ciężarną. Często wiąże się z wysoką częstością poważnych powikłań okołoporodowych. Do tej pory zostały opisane nieliczne przypadki łożyska obwałowanego w historii medycyny perinatalnej. Ustanowienie jednoznacznej diagnozy podczas trwania ciąży stanowi trudność dla wielu specjalistów z dziedziny ginekologii i położnictwa, często wykrycie patologii obwaławiania łożyska następuje dopiero przy badaniu łożyska po porodzie [2].

Łožysko obwałowane jest rodzajem łożyska pozakosmówkowego, gdzie błona kosmówki mieści się w pewnej odległości od brzegu łożyska. Usytuowana jest wewnątrz powierzchni łożyskowej, przebiegając w kierunku pępowiny. W łożysku o budowie fizjologicznej kosmówka znajduje swój początek na skraju łożyska. Brzeg łożyska obwałowanego pokrywa pierścień zamykający powstały z włókna nagromadzonej świeżej bądź skrzepniętej krwi. Obwałowanie zaliczane jest do patologii kształtu łożyska. Zmiany związane z odstępstwem od norm w kształcie łożyska prowadzą do mniejszej wydajności pracy łożyska, a co za tym idzie rzutują na utrudniony rozwój płodu w łonie matki. Pierścień tworzący obwałowanie łożyska znacząco ogranicza całkowitą powierzchnię kosmówki kosmatej [2].

Etiologia rozwoju łożyska obwałowanego nie została do końca poznana. Istnieje kilka teorii dotyczących przyczyn występowania wspomnianej patologii. Jedną z teorii wydaje się być szczególnie ważna i znajduje odzwierciedlenie w badaniach naukowych. Mówi ona o nadmiernej, zbyt głębokiej implantacji zapłodnionej komórki jajowej w ścianie endometrium. Łožysko na wczesnym etapie rozwoju obejmuje więcej niż połowę

powierzchni płodowej, następnie wpukla się do jamy macicy, a w tym samym czasie dochodzi do rozciągania się błon płodowych otaczających zarodek. Błona owodniowa rozszerza się stopniowo, płód i płyn owodniowy przedostają się do rosnącego worka owodniowego, podczas gdy nadmiar tkanki łożyska na peryferiach zostaje wycofywany ze ściany macicy poprzez rozdzielanie doczesną podstawową. Oderwany brzeg łożyska powoli zanika i zostaje zepchnięty w kierunku środkowej powierzchni rozwijającego się łożyska, tworząc obwałowanie [2].

Łožysko obwałowane częściej występuje u pierwotówek, kobiet > 35. roku życia, a także u kobiet, które przebyły leczenie bezpłodności i zapłodnienie pozaustrojowe in vitro [3].

Wyróżnia się dwie charakterystyczne odmiany łożyska obwałowanego. Uwzględniają one różnice w grubości pierścienia otaczającego łożysko oraz przestrzeni, jaką zajmują w stosunku do całkowitej powierzchni łożyska. Typowe łożysko obwałowane zawiera niewielką powierzchnię zachowanej kosmówki kosmatej i wyraźny, szeroki fibrynowy pierścień, o białawym zabarwieniu, zlokalizowany na obrzeżu łożyska. W pozostałych przypadkach pierścień okalający łożysko jest zauważalnie cieńszy, o niewielkim nagromadzeniu fibryny na obrzeżach, przez co wydaje się być przezroczysty [2].

Łožysko obwałowane można zdiagnozować, opierając się na badaniach ultrasonograficznych 2D, 3D oraz nowoczesnych technikach HDLive Ultrasound [4, 5]. W badaniu ultrasonograficznym uwidoczniiony zostaje wzniesiony brzeg łożyska o nieregularnej budowie, dodatkowo występuje obręcz okalająca. Zauważyć można krwaki podkosmówkowe oraz liczne wakuole [6].

Wpływ łożyska obwałowanego na przebieg ciąży

W I i II trymestrze ciąży występują nawracające krwawienia charakterystyczne dla przebiegu ciąży z łożyskiem obwałowanym. Krwawienia, jak również krwaki łożyskowe mogą mieć swoje źródło ze strony macicznej, jak i płodowej. Często widoczne w obrazie ultrasonograficznym krwaki podkosmówkowe są wynaczynieniem krwi, głównie pochodzenia macicznego, do przestrzeni między doczesną a błoną kosmówkową, co powoduje odklejanie się kosmówki – jest to stan zagrożenia ciąży [7]. Część przypadków krwawienia (z wyjątkiem I/II trymestru ciąży) oraz krwaków podkosmówkowych łożyska staje się mechanizmem prowadzącym do anemii noworodkowej [8, 9] o objawach klinicznych w przebiegu ciąży mogących sugerować obecność łożyska obwałowanego z wystąpieniem: małowodzia, przedwczesnego odprężania płynu owodniowego (PROM; ang. Premature Rupture of Membranes), przedwczesnego odklejaniania

się łożyska, niewydolności łożyska, hipotrofii płodu, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu (IUGR; ang. Intrauterine Growth Restriction). Zdiagnozowanie łożyska obwałowanego u ciężarnej jest podstawą do sklasyfikowania ciąży jako ciąży o wysokim ryzyku, zagrażającej porodem przedwczesnym, wiążącej się z ryzykiem powikłań wcześniaczych u dziecka. U dzieci urodzonych z ciąży wiktanej łożyskiem obwałowanym częściej występują zaburzenia oddychania oraz konieczność hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii noworodka [3].

Mając pod opieką kobietę będącą w ciąży wiktanej łożyskiem obwałowanym, położna powinna zwracać szczególną uwagę na ocenę stanu położniczego, ze względu na możliwość wystąpienia charakterystycznych krwawień z dróg rodnych. Położna zbiera informacje o ilości, charakterze i zabarwieniu krwawienia. Gromadzi informacje, czy krwawieniu towarzyszą ból podbrzusza lub skurcze macicy. Dokonuje oceny parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno). Obserwuje pacjentkę pod kątem zwiększonego ryzyka poronienia, objawów porodu przedwczesnego bądź przedwczesnego odklejania się łożyska. Jest to stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia zarówno dla ciężarnej jak i płodu [10].

Ograniczenie wydolności łożyska, z jakim mamy do czynienia przy zdiagnozowanym łożysku obwałowanym w przebiegu ciąży, wiąże się z niewykorzystaniem potencjału wzrostowego przez płód i prowadzi do hipotrofii [11, 12]. Rola położnej w opiece nad pacjentką z podejrzeniem lub rozpoznaniem wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu polega na skrupulatnej obserwacji objawów świadczących o zagrożeniu życia płodu. Położna, sprawując opiekę nad ciężarną jako członek zespołu terapeutycznego, jest jedną z pierwszych osób mających kontakt z pacjentką i mogących dostrzec pogarszający się stan płodu.

Wpływ łożyska obwałowanego na poród

Ciąża z patologicznym łożyskiem obwałowanym predysponuje do wystąpienia podczas porodu nasilonego krwawienia, krwotoku, przedwczesnego odklejania się łożyska będącego stanem bezpośredniego zagrożenia życia. Celem opieki położniczej jest wczesne wykrycie niepokojących objawów i przeciwdziałanie ich powikłaniom oraz podjęcie właściwej decyzji dotyczącej sposobu rozwiązania ciąży. Działania położnej powinny być ukierunkowane na prowadzenie wzmożonej obserwacji rodzącej. Częsta ocena stanu ogólnego poprzez pomiar parametrów życiowych i obserwację zachowania rodzącej stanowią główne źródło informacji dla położnej sprawującej opiekę. Następnie częsta ocena stanu położniczego ze szczególną obserwacją pod kątem

możliwości wystąpienia krwawienia z dróg rodnych, ocena ilości, charakteru krwawienia stanowią kolejne kluczowe informacje. Położna powinna prowadzić obserwację pod kątem wystąpienia objawów świadczących o przedwczesnym odklejaniu się łożyska [13]. Objawy świadczące o przedwczesnym odklejaniu się łożyska prawidłowo usadowionego to między innymi krwawienie o gwałtownym początku, krwawienie ciemną krwią. Rozpoczynające się od krwawienia wewnętrznego – krwiak narastający pomiędzy ścianą macicy a odklejającym się łożyskiem, następnie krwawienie zewnętrzne. W trakcie skurczu macicy krwawienie zmniejsza się, utrzymuje się po pęknięciu pęcherza płodowego. Silny, kłujący ból w podbrzuszu w okolicy oddzielającego się łożyska [14, 15]. Podczas porodu kluczowa jest również ocena dobrostanu płodu, przeprowadzenie minimum jednego zapisu KTG trwającego nie mniej niż 30 minut [16]. Przy ablacji łożyska u płodu występują w zapisie KTG: bradykardia, cechy zawężenia, zapis sinusoidalny i możliwe deceleracje. Charakterystyczny obraz „zębów piły” – skurcze macicy częste i o niskiej amplitudzie. U rodzącej obserwuje się objawy narastającego wstrząsu [17, 18]. Nie należy zapominać o sprawowaniu holistycznej opieki nad rodzącą oraz osobą towarzyszącą podczas porodu.

Wpływ łożyska obwałowanego na połóg

We wczesnym połogu patologiczne łożysko obwałowane predysponuje do wystąpienia powikłań położniczych, w tym zwiększa ryzyko wystąpienia u położnicy krwotoku położniczego. Celem opieki jest wczesne wykrycie nieprawidłowości w przebiegu połogu oraz objawów mogących sugerować wystąpienie krwotoku położniczego. Działania położnej wiążą się z częstą i regularną oceną stanu położniczego – ocena ilości, charakteru, zabarwienia krwawienia oraz ocena wysokości dna macicy i stopnia obkurczania się mięśnia macicy [19, 20]. Monitorowanie parametrów życiowych położnicy, takich jak temperatura ciała, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, zabarwienie powłok skórnych i słuchówek, jak również ocena samopoczucia położnicy.

Podsumowanie

Przebieg procesu terapeutycznego u ciężarnej, rodzącej i położnicy jest indywidualnie opracowany w zależności od sytuacji klinicznej, potrzeb pacjentki oraz jej otoczenia. W przebiegu ciąży wiktanej łożyskiem obwałowanym występują krwawienia w I i II trymestrze ciąży, krwiaki podkosmówkowe łożyska, mogą wystąpić również: małowodzie, przedwczesne odpływanie płynu owodniowego, przedwczesne odklejanie się łożyska, niewydolność łożyska, hipotrofia płodu, wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu płodu, noworodki urodzone za

małe w stosunku do wieku ciążowego. Zdiagnozowanie łożyska obwałowanego jest podstawą do przekazania ciężarnej pod opiekę ośrodka o najwyższej referencyjności wśród opieki perinatalnej, gdyż ciąża zagrożona jest porodem przedwczesnym, a dziecko obciążone jest ryzykiem powikłań wcześniaczych, wymagających intensywnej terapii neonatologicznej w ośrodku o równie wysokim stopniu referencyjności. Łożysko obwałowane nie stanowi przeciwwskazań do porodu siłami natury. W wyniku mogących wystąpić częściej komplikacji okołoporodowych, poród taki zostaje ukończony drogą cesarskiego cięcia. Jednakże szczególną uwagę zwraca się na umożliwienie ukończenia ciąży drogą porodu naturalnego, zapewnienie rodzącej wsparcia poprzez specjalistyczną opiekę medyczną. Łożysko obwałowane wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia krwotoków łożyskowych. Opieka nad łożyskiem ma na celu zachowanie niepowikłanego przebiegu porodu. Położna sprawuje holistyczną opiekę okołoporodową nad pacjentką ze zdiagnozowanym łożyskiem obwałowaniem i powikłaniami współistniejącymi wynikającymi z wspomnianej patologii łożyska.

Piśmiennictwo

1. Khong TY, Mooney EE, Nikkels PGJ, Morgan TK, Gordjin SJ. Pathology of the Placenta. A Practical Guide. Springer International Publishing AG, 2019.
2. Benirschke K, Burton GJ, Baergen RN. Pathology of the Human Placenta. Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. KG, Berlin 2012.
3. Keski-Nisula E, Heiskanen P, Heinonen S. Extra-membranous pregnancy, prolonged ruptured membranes and circumvallate placenta. AOGS, 2011; 90(10): 1170–1.
4. Donnelly N, Halliday LE, Oyelese Y. Vasa Praevia: a descriptive review of existing literature and the evolving role of ultrasound in prenatal screening. Australas J Ultrasound Med. 2013; 16(2): 71–76.
5. AboEllail MA, Kanenishi K, Mori N, Kurobe A, Hata T. HDlive imaging of circumvallate placenta. UOG. 2015; 46(4): 513–514.
6. Bey M, Dott A, Miller JM. The Sonographic Diagnosis of Circumvallate Placenta. Obstet Gynecol. 1991; 78(3 Pt 2): 515–7.
7. Janowicz-Grelewska A, Sieroszewski P. Znaczenie prognostyczne ultrasonograficznego rozpoznania krwiaka podkośmówkowego dla przebiegu ciąży. Ginekolog. 2013; 84: 944–949.
8. Naert MN, Khadraoui H, Muniz Rodriguez A, Naqvi M, Fox NS. Association Between First-Trimester Subchorionic Hematomas and Pregnancy Loss in Singleton Pregnancies. Obstet Gynecol. 2019; 134(2): 276–281.
9. Heller HT, Asch EA, Durfee SM, Goldenson RP, Peters HE, Ginsburg ES et al. Subchorionic Hematoma: Correlation of Grading Techniques With First-Trimester Pregnancy Outcome. J Ultrasound Med. 2018; 37(7): 1725–1732.
10. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand 2011; 90(2): 140–9.
11. Huras H, Radoń-Pokracka M. Wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu – schemat diagnostyczny i postępowanie. Ginekolog Perinatol Prakt. 2016; 1(3): 107–114.
12. Karowicz-Bilińska A. Wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodu. Ginekolog Perinatol Prakt. 2018; 3(3): 92–102.
13. Nkwabong E, Goula GT. Placenta Abruption Surface and Perinatal Outcome. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017; 30(12): 1456–1459.
14. Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. Am J Obstet Gynecol. 2016; 214(2): 272.e1–272.e9.
15. Downes KL, Grantz KL, Shenassa ED. Maternal, Labor, Delivery, and Perinatal Outcomes Associated with Placental Abruption: A Systematic Review. Am J Perinatol. 2017; 34(10): 935–957.
16. Pinas A, Chandraran E. Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016; 30: 33–47.
17. Alison M, Ayadi EL, Nathan HL, Seed PT, Butrick EA, Hazelgrave NL et al. Vital Sign Prediction of Adverse Maternal Outcomes in Women with Hypovolemic Shock: The Role of Shock Index. PLoS One. 2016; 11(2): e0148729.
18. Jenkins PC, Stokes SM, Fakoyeh S, Bell TM, Zarzaur BL. Clinical indicators of hemorrhagic shock in pregnancy. Trauma Surg Acute Care Open. 2017; 2(1): e000112. Published online 2017 Nov 7.
19. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. Am Fam Physician. 2017; 1; 95(7): 442–449.
20. Lowe NK. Reconsidering Postpartum Care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2019; 48(1): 1–2.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.10.2020.

Artykuł przyjęty do publikacji: 31.12.2020.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Jadwiga Surowka
e-mail: jadwiga.surowka@student.uj.edu.pl
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum