

Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu

Doporučený postup

České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS)
České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP)

Pracovní skupina: (podle abecedy): Kacerovský M. (editor), Kokrdová Z., Koucký M., Křepelka P., Lamberská T., Mašata J., Měchurová A., Pařízek A., Smíšek J., Šimják P., Velebil P.

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP.

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce analgezie a intenzivní medicíny v porodnictví ČGPS ČLS JEP
výbor ČGPS ČLS JEP

Revize doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP z roku 2013,
Současné názory na management odtoku plodové vody,
publikovaného v Čes. Gynek. 2013, 78, supplementum, s. 15-18.

Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 7. 3. 2017.

DEFINICE

Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu (*Preterm Prelabor Rupture of Membranes, dále také PPRM*) je porušení plodových obalů s odtokem plodové vody před nástupem pravidelné děložní činnosti před týdnem těhotenství 37⁺⁰. PPRM se podílí zhruba na jedné třetině všech předčasných porodů a komplikuje 2-4 % všech porodů.

DIAGNOSTIKA

- optimálně kombinací anamnestického údaje o odtoku plodové vody a průkazem depa plodové vody v zadní klenbě poševní při vyšetření v zrcadlech,
- také je možno použít Temešváryho zkoušku či specifické testy na průkaz plodové vody ve vaginální tekutině, např. Placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) či Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1), v nejasných případech je však vždy nutné brát v potaz, že speci-

fické testy na průkaz plodové vody ve vaginální tekutině mohou být pozitivní i u pacientek se zachovaným vakem blan s vysokým rizikem porodu do 7 dnů,

- průkaz oligohydramnia či anhydramnia ultrazvukem může být v některých případech užitečný k potvrzení diagnózy.

POSTUP PŘI POTVRZENÍ PPRM

Pacientka s PPRM by měla být vždy hospitalizována, podle délky těhotenství v perinatologickém centru intenzivní nebo intermediární péče.

MINIMÁLNÍ VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ A OPATŘENÍ U PACIENTEK S PPRM

- ultrazvukové vyšetření (určení polohy plodu, odhad hmotnosti plodu, stanovení množství plodové vody, lokalizace placenty),

- zhodnocení stavu děložního hrdla v zcadlech, při ultrazvukovém event. bimanuálním vyšetření,
- odběr materiálu pro mikrobiologický rozbor ke stanovení vagino-rektální kolonizace beta hemolytickým streptokokem,
- vyloučení klinických a laboratorních známek chorioamnionitidy, hypoxie plodu a závažného vaginálního krácení,
- stanovení managementu pacientek s PPROM na podkladě stáří těhotenství, stavu plodu a těhotné.

MANAGEMENT PACIENTEK S PPROM

- při příjmu pacientky k hospitalizaci odebereme vaginorektální kultivaci a ihned podáváme prepartální **ATB profylaxi GBS infekce**. U pacientek bez klinických známek chorioamnionitidy nepřidáváme další antibiotickou léčbu. Při znalosti mikrobiologických výsledků z plodové vody je nutné přejít z empirické léčby na léčbu cílenou podle konkrétního kultivačního nálezu a citlivosti. Při PPROM v pásmu těžké a extrémní nezralosti je vhodné individualizovat ATB terapii i strategii ve spolupráci s neonatologem. Délka empirické terapie závisí na strategii péče, jiná bude při volbě konzervativního přístupu a snaze o prodloužení těhotenství (*zde*

by měla trvat 7–10 dní), jiná při indukci porodu či ukončení císařským řezem;

- podání kortikosteroidů do týdne těhotenství 35⁺⁰ (*blíže viz doporučený postup Spontánní předčasný porod*);
- podání tokolytické léčby není obecně doporučeno. Lze ji však zvážit u pacientek s PPROM, u kterých nastoupí děložní činnost před dokončením indukce plicní zralosti (*blíže viz doporučený postup Spontánní předčasný porod*);
- u pacientek s cerclage in situ je vhodné steh odstranit;
- klinické známky chorioamnionitidy, hypoxie plodu nebo závažné vaginální krvácení jsou indikací k ukončení těhotenství. Způsob ukončení těhotenství závisí na porodnickém nálezu, stavu těhotné a plodu;
- v ostatních případech PPROM před týdnem těhotenství 34⁺⁰ je vhodné postupovat konzervativně;
- při znalosti stavu intraamniálního prostředí s ohledem na přítomnost zánětu či infekce je možné individualizovat management a terapii těhotenství na podkladě těchto výsledků;
- GBS pozitivita není kontraindikací ke konzervativnímu postupu;
- indukci porodu či ukončení těhotenství po týdnu 34⁺⁰ je vhodné individuálně zvažovat;
- u pacientek s PPROM v týdnu těhotenství 22⁺⁰ až 24⁺⁰, tzv. **šedá zóna** vždy postupujeme individuálně, po předchozí konzultaci s neonatologem a pacientkou a její rodinou.