

Sprawozdanie z XXIV Europejskiego Kongresu Medycyny Perinatalnej Florencja 4-7 czerwca 2014r.

HUBERT HURAS, ALFRED REROŃ

Klinika Położnictwa i Perinatologii

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

EUROPEAN ASSOCIATION OF
PERINATAL MEDICINE

PALAZZO DEI CONGRESSI | FLORENCE | ITALY

XXIV PERINATAL
EUROPEAN CONGRESS MEDICINE

*"The cultural journey never ends,
it only has resting places.
Points where the wayfare can look around
and collect his thoughts".*

Sir Charles Scott Sherrington
Nobel Prize for Medicine

www.ecpm2014.org

June 4th-7th
2014

W dniach 4 – 7 czerwca 2014r. odbył się we Florencji, we Włoszech, XXIV Europejski Kongres Medycyny Perinatalnej, w którym udział wzięło 1744 delegatów z 93 krajów, w większości lekarzy położników – perinatologów oraz neonatologów.

Uroczystego otwarcia Kongresu dokonał Prezydent Europejskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej prof. G.H.A. Visser. W krótkich słowach podziękował uczestnikom za liczne przybycie, jak również zwrócił uwagę na szczególny wymiar poruszanej tematyki łączącej zagadnienia z dziedziny zarówno perinatologii, jak i neonatologii. Prezydent Kongresu prof. G. Donzelli, zaprosił do udziału w XXV Kongresie, który odbędzie się w Maastricht, w dniach 22 – 26 czerwca 2016r. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. S. Adzick – dotyczył problematyki leczenia przepukliny oponowordzeniowej płodu. Do korzyści związanych z podjęciem terapii płodu zaliczył: rzadszą konieczność założenia *shuntu* komorowo – otrzewnowego, zapobieganie powikłań zespołu Arnolda – Chiariego, większą szansę prawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego płodu. Do potencjalnych zagrożeń związanych z takim postępowaniem zaliczył: obumarcie wewnątrzmaciczne płodu, wystąpienie objawów porodu przedwczesnego i innych powikłań położniczych. Zaznaczył, że samo zaopatrzenie przepukliny u płodu nie stanowi o wyleczeniu, a jedynie zmniejsza ryzyko wodogłowia i konieczności założenia *shuntu* komorowo-otrzewnowego, a także polepsza późniejszą sprawność motoryczną dziecka, z możliwością umiejętności chodzenia dziecka w wieku 30 miesięcy życia. Miłą komponentą uroczystości inauguracyjnej był wykład prof. C. Acidini, która przedstawiła motyw matki – w tym kobiety ciężarnej – w sztuce. Po wygłoszeniu wykładu zostały przyznane tegoroczne Nagrody Europejskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej dla położnika – prof. K. Nicolaidesa oraz neonatologa prof. Christiana Spera. Pod koniec uroczystości zabrał głos obejmujący prezydencję Europejskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej prof. U. Simeoni, który w ciepłych słowach podziękował ustępującemu Prezydentowi prof. G. Visserowi za dotychczasową działalność i organizację Kongresu.

W dniu 5 czerwca odbyła się sesja poświęcona najnowszym doniesieniom dotyczącym terapii w porodach przedwczesnych. Sesji przewodniczyli prof. Visser (Holandia) oraz Prof. Simonei (Francja). Prof. Romero zaprezentował wyniki badań potwierdzające skuteczność progesteronu mikronizowanego podawanego drogą dopochwową w zapobieganiu porodowi przedwczesnemu. Zastosowanie progesteronu pomiędzy 23. a 37. tygodniem ciąży powikłanej długością szyjki macicy <25 mm skutkuje obniżeniem częstości przedwczesnych urodzeń, a także zmniejszeniem ryzyka powikłań neonatologicznych. Profesor Romero przedstawił zaskakujące wyniki nieopublikowanych dotychczas badań porównujące skuteczność zastosowania progesteronu oraz innych leków stosowanych w perina-

tologii na podstawie wskaźnika NNT (*Number Needed to Treat*). Progesteron podawany drogą dopochwową ma blisko dziesięciokrotnie większą skuteczność w zapobieganiu porodowi przedwczesnemu (NNT = 14) niż siarczan magnezu stosowany w terapii stanu przedrzucawkowego (NNT = 100), co więcej wykazuje porównywalną skuteczność w odniesieniu do glikokortykosteroidów stosowanych w celu zapobiegania RDS u noworodków (NNT = 11). Wykładowca zachęcał do rutynowego ultrasonograficznego pomiaru długości szyjki macicy u pacjentek z grup ryzyka, z uwagi na powszechną dostępność powyższego badania oraz jego skuteczność. Podczas wykładu porównano wyniki perinatologiczne zastosowania szwu okrężnego oraz terapii progesteronowej. W oparciu o prezentowaną przez prof. Romero metaanalizę obie metody terapii wykazują zbliżoną skuteczność w prewencji porodu przedwczesnego u kobiet z objawem przedwczesnego skracania szyjki macicy oraz porodem przedwczesnym w wywiadzie. Wciąż bez odpowiedzi pozostaje pytanie dotyczące ciąży bliźniaczych oraz skutecznej formy terapii. Oczekuje się na wyniki PROGESTWIN Trial - wieloośrodkowego, randomizowanego, podwójnie zaślepionego oraz opartego o grupę placebo badania, którego zakończenie planowane jest na rok 2015.

Kolejny w tej sesji wykład, profesora Z. Alfrevica (USA), poświęcony był roli szwu okrężnego, jako skutecznego środka w zapobieganiu porodowi przedwczesnemu u kobiet z niewydolnością cięśniowo-szyjkową. Oczekuje się na wyniki badania planowanego na wrzesień 2014 roku, porównującego skuteczność szwu okrężnego, progesteronu oraz pessarów.

Dużym zainteresowaniem cieszyła się sesja poświęcona porodowi przedwczesnemu w ciąży bliźniaczej, moderowana przez prof. G. Corsello (Włochy) oraz prof. I. Blicksteina (Izrael). Prof. A. Shennan (USA) podkreślił skuteczność stosowania kortykosteroidów w zapobieganiu powikłaniom neonatologicznym oraz brak skuteczności siarczanu magnezu stosowanego w leczeniu tokolitycznym. Siarczan magnezu w ciąży bliźniaczej znajduje zastosowanie jedynie w prewencji dziecięcego porażenia mózgowego, obniżając ryzyko powikłań na poziomie zbliżonym do wyników uzyskiwanych w ciążach pojedynczych.

Intrygujący była dyskusja pomiędzy prof. B.W. Molem (Holandia) a prof. K. Nicolaidesem (Wielka Brytania) odnośnie celowości zastosowania pessarów w ciążach mnogich. Prof. B.W. Mol w prezentowanych wynikach badań wykazał skuteczność stosowania pessarów w prewencji porodów przedwczesnych w ciążach bliźniaczych przed ukończeniem 33. tygodnia ciąży. Jednak na wyższych etapach trwania ciąży nie obserwowano różnic pomiędzy grupą badaną a grupą placebo lub nie osiągnęto istotności statystycznej. Natomiast Prof. K. Nicolaides w starannie zaprojektowanym wieloośrodkowym badaniu obejmującym ponad 588. osobową grupę badaną oraz 589. osobową grupę placebo nie wykazał różnic pomiędzy ryzykiem porodu przed-

wczesnego oraz redukcją śmiertelności i umieralności noworodków przy zastosowaniu pessaru pomiędzy 21. a 23. tygodniem ciąży.

W dniu 5 czerwca odbyła się również sesja poświęcona nieprawidłowościom łożyska. Sesji przewodniczyli: T. Somville (Niemcy) oraz G. Ettore (Włochy). Sesja rozpoczęła się od prezentacji filmu histerekтомii podczas cięcia cesarskiego z powodu łożyska przodującego przerośniętego autorstwa T. Somville. Zwrócono w nim uwagę na wzrost na przestrzeni ostatnich kilku lat powikłań łożyskowych ciąży. Zaznaczono konieczność współpracy pomiędzy zespołami położników, urologów, chirurgów, anestezjologów i neonatologów. Po prezentacji multimedialnej wykład dotyczący powikłań ciąży związanych z umiejscowieniem łożyska w bliźnie po przebytym cięciu cesarskim wygłosił J.M. Palacios-Jaraquemada (Argentyna). Potwierdził, że ryzyko nieprawidłowości łożyskowych jest bezpośrednio związane z obecnością blizny macicy natomiast u pacjentek, u których macica została precyzyjnie zaopatrzona ryzyko nieprawidłowej placentacji jest zmniejszone. Kolejny wykład w sesji wygłoszony przez C. Hubinot (Belgia) był poświęcony zasadom postępowania w przypadku stwierdzenia łożyska przodującego. Szeroko omówiono znaczenie poruszanej problematyki. Jako postępowanie konserwatywne (*triple P procedure*) w przypadku stwierdzenia nieprawidłowej inwazji łożyska (*abnormally invasive placenta – AIP*) określono: nacięcie mięśnia macicy bez uszkodzenia łożyska (*peroperative extraplacental hysterotomy*), embolizację naczyń (*pelvic devascularisation*) oraz pozostawienie łożyska w jamie macicy (*placental non separation and myometralexcision*). W postępowaniu poporodowym zasadne jest włączenie antybiotykoterapii i podaż oksytocyny, jak również wykonywanie diagnostyki 1/tydzień: badanie ultrasonograficzne łożyska z możliwością *colordoppler*, jak również oznaczanie HCG; do rozważenia wykonanie rezonansu magnetycznego. Dyskusji poddano także podaż metotreksatu – o zasadności jego podawania w takim przypadku traktują w piśmiennictwie jedynie opisy przypadków: (sprzyja reabsorpcji tkanki łożyskowej). Ryzyko związane ze stosowaniem metotreksatu to: nefrotoksyczność, pancytopenia i zwiększone ryzyko śmiertelności. Reasumując – zachowawcze postępowanie w przypadku AIP, zdaniem wykładowcy, pozwala zmniejszyć śmiertelność matek poprzez zmniejszenie ryzyka krwotoku okołoporodowego oraz daje możliwość zachowania narządu rodniego, niemniej jednak konieczne jest prowadzenie dalszych badań oraz precyzyjne określenie możliwych powikłań.

Kolejny wykład wygłoszony przez M. Kurtser (Rosja), dotyczył diagnostyki i postępowania w przypadku rozpoznania łożyska przyrośniętego po przebytym cięciu cesarskim. Zwrócono uwagę na możliwość nacięcia macicy w linii środkowej z ominięciem łożyska, przy jednoczesnej okluzji tętnic biodrowych wewnętrznych, następnego usunięcia łożyska i wykonania pla-

styki dolnego odcinka macicy. Takie postępowanie pozwoliłoby zachować narząd rodny kobiety, przy uniknięciu komplikacji związanych z krwotokiem położniczym. Z kolei C.N. Purandare (Indie) szeroko omówił problematykę chirurgicznego postępowania w przypadku wystąpienia krwotoku poporodowego. Zauważył, że problem matczynej śmiertelności i umieralności z powodu krwotoku poporodowego dotyczy zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się; ryzyko zgonu spowodowanego krwotokiem może być zmniejszone w przypadku konsekwentnego stosowania się do wytycznych FIGO (*FIGO's Guidelines on Emergency Obstetric Care*).

Następny wykład autorstwa Calè (Włochy) dotyczył również zagadnienia nieprawidłowej implantacji łożyska. Zwrócono uwagę, że najistotniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia łożyska przyrośniętego jest rozpoznanie łożyska przodującego u pacjentki po przebytym cięciu cesarskim. Właściwe prenatalne rozpoznanie łożyska przyrośniętego opiera się na diagnostyce ultrasonograficznej, natomiast odpowiednio wczesne rozpoznanie łożyska przerośniętego obejmującego pęcherz moczowy może pozwolić na uniknięcie powikłań urologicznych.

W dniu 5 czerwca odbyła się również sesja poświęcona terapii płodu, którą prowadzili: Y. Ville (Francja) oraz N. Modi (Wielka Brytania). Prof. D. Oepkes wygłosił wykład pt.: „Małopłytkowość autoimmunologiczna u płodu i noworodka”. Małopłytkowość autoimmunologiczna pojawia się z częstością od 1:350 do 1:1000. Najcięższym powikłaniem jest krwawienie wewnątrzczaszkowe płodu (najczęściej między 30. a 35. tygodniem ciąży), które może prowadzić do zgonu okołoporodowego w 1–7% przypadków, natomiast u 7–26% dzieci może skutkować ciężkimi uszkodzeniami mózgu i w konsekwencji opóźnieniem psychoruchowym, porażeniem mózgowym, ślepotą korową i drgawkami. W przypadku braku programów badań przesiewowych, często choroba jest wykrywana po urodzeniu uszkodzonego już dziecka i dopiero w następnej ciąży mogą być podjęte działania profilaktyczne. U podstaw patogenety leży niezgodność pod względem antygenu HPA-1a i odpowiedź immunologiczna matki, ponieważ płód, który posiada antygen HPA-1a powoduje wytworzenie u matki HPA-1-negatywnej przeciwciał przeciw płytkowych. 1 na 50 kobiet (2,1% populacji kaukaskiej) jest HPA1a negatywna, jedynie u 10% z tych kobiet dojdzie do wytworzenia przeciwciał anti-HPA-1a. Na podstawie badań retrospektywnych oszacowano, że częstość istotnych klinicznie krwawień wewnątrzczaszkowych wewnątrzmacicznie, spowodowanych małopłytkowością immunologiczną, wynosi 3–10 na 100 000 ciąż. Opieka nad ciężarną, u której w przebytej ciąży stwierdzono małopłytkowość immunologiczną płodu i stwierdzono, iż jest ona HPA-1a ujemna, obejmuje badanie krwi płodu w kierunku obecności antygenu HPA-1a, badanie wolnego DNA płodowego w kierunku HPA oraz seryjne przetwarzanie koncentratów płyt-

kowych, jeśli potwierdzono małopłytkowość. Prowadzi się podaż immunoglobulin w dawce 0,5 g/kg/tydzień pomiędzy 28.–38. tygodniem ciąży i/lub kortykosteroidów. Pozostałe opcje terapeutyczne obejmują poród przez elektywne cięcie cesarskie w ośrodku III stopnia referencyjności wraz z dostępem do przygotowanych wcześniej dobranych koncentratów płytkowych. Badanie populacyjne wszystkich ciężarnych w kierunku obecności antygenów HPA jest bardziej opłacalne w porównaniu do kosztów leczenia dzieci ciężko upośledzonych z powodu wylewów krwi do mózgu oraz z powodu niewykrytej i nieleczonej małopłytkowości immunologicznej płodu i noworodka.

Prof. Y. Ville szeroko omówił zasady postępowania z płodem z obrzękiem uogólnionym. Obrzek uogólniony płodu jest wynikiem gromadzenia się płynu pozakomórkowego w tkankach i jamach ciała płodu, rozpoznawany jako przesiek w co najmniej dwóch jamach ciała lub obrzek tkanek i przesiek do jednej jamy ciała. Dostępne są inwazyjne i nieinwazyjne metody diagnostyki i monitorowania płodu z obrzękiem uogólnionym. Do metod nieinwazyjnych zaliczamy: pomiar szczytowej prędkości skurczowej tętnicy środkowej mózgu i obliczenie wartości MoM, badanie obecności przeciwciał, badanie w kierunku infekcji parwowirusem B19, cytomegalowirusem, toksoplazmozą czy wirusem ospy wietrznej, test Kleihauera, echokardiografię płodową, badanie fizykalne ciężarnej (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, osłuchiwanie, ocena diurezy i obręzków) oraz badania laboratoryjne (próby wątrobowe, poziom haptoglobiny, jonogram). Do metod inwazyjnych należą: amniopunkcja i kordocenteza oraz ocena kariotypu płodu, badanie genetyczne w kierunku infekcji parwowirusem B19 czy CMV, badanie płynu prześcikowego: liczba limfocytów, badanie biochemiczne, badanie krwi płodu, szczególnie gdy pomiar MoM>1,5, ocena zwakuolizowanych limfocytów (choroby spichrzeniowe), enzymy wątrobowe i morfologia płodu. Etiologia obrzęku uogólnionego płodu wynika z następujących przyczyn: 20% kardiologicznych, 13% chromosomalnych, 10% anemii, 7% infekcji, 6% dysplazji limfatycznej, 5% z powodu różnych zespołów chorobowych, 1% choroby metaboliczne, 18% inne przyczyny, natomiast w 20% przyczyna pozostaje nieznana. Analiza przyczyn wystąpienia anemii obejmuje następujące elementy: alloimmunizacja w układzie Rh C, E czy Kell, infekcja parwowirusem B19, infekcja CMV, przeciek płodowo-mateczny, alfa-talasemia, hemochromatoza, białaczka szczególnie w grupie dzieci z zespołem Downa. Podejmowane są próby zakładania *shuntów* do wysięku w jamie opłucnowej i choć odsetek przeżycia płodów wynosi 58%, to często jest to jedyna szansa do polepszenia warunków rozwoju tych płodów. Pośród pierwotnych kardiologicznych przyczyn obrzęku płodu wymienia się: tachykardię >200 ud./min, blok serca <50ud./min, zwiększone ciśnienie w przedsionku serca oraz kardiomiopatie. Do wtórnych kardiologicznych przyczyn zaliczane są te wynikające z upośledze-

nia rzutu serca, z powodu guzów płodu, tętniaka żyły Gallena, innych tętniaków, sekwestracji płuc, chorioangiomy.

Dużym zainteresowaniem cieszył się również „*Buona Sera Lecture*” Prof. L. Chitty (Wielka Brytania): Choroby monogenowe – diagnostyka. Dotychczas diagnostyka chorób genetycznych opierała się o metody inwazyjne – amniopunkcję w 15. tygodniu ciąży lub biopsję kosmówki od 11. tygodnia ciąży, choć metody te niosą ryzyko poronień około 1%. Nowa nieinwazyjna metoda diagnostyki prenatalnej (NIPD – *non-invasive prenatal diagnosis*) opiera się na badaniu wolnego płodowego DNA obecnego we krwi ciężarnej od 9. tygodnia ciąży. Pierwsze testy dotyczące chorób monogenowych klinicznie używane były do wykrywania chorób autosomalnych dominujących dziedziczonych lub powstających *de novo*. Obecnie używa się ich także do oceny płci płodu w ciążach o wysokim ryzyku chorób związanych z płcią, co pozwala wyselekcjonować ciężarne do dalszej, inwazyjnej już diagnostyki. Użycie NIPD do chorób recesywnych monogenowych jest bardziej skomplikowane, ponieważ należy wziąć pod uwagę wiele zmutowanych alleli pochodzenia matczynego. W Wielkiej Brytanii NIPD jest używane do chorób autosomalnych dominujących, takich jak: achondrodysplazja, dysplazja tanatoforyczna, dystonia torsyjna i zespół Aperta. Możliwa jest identyfikacja mutacji i alleli odziedziczonych od ojca, nieobecnych u matki, chorób związanych z obecnością genów na chromosomie X, chorób dziedziczonych dominująco od ojca, chorób dziedziczonych recesywnie, gdy rodzice są nosicielami odmiennych mutacji.

W dniu 6 czerwca odbyła się sesja poświęcona porodom przedwczesnym, prowadzona przez E. Ferrazzi, (Włochy) oraz E. Chandharan (Wielka Brytania). Pierwszy w sesji wykład dotyczący najważniejszych problemów związanych z porodem przedwczesnym w Wielkiej Brytanii został wygłoszony przez B. Chambers. Zwrócono uwagę, że poród przedwczesny stanowi najważniejszy czynnik determinujący ewentualne nieprawidłowości w rozwoju dziecka, nie tylko w płaszczyźnie *stricte* medycznej, ale również społecznej. Z kolei wykład K. Verdurmen dotyczył zależności pomiędzy podażą kortykosteroidów a zmiennością akcji serca płodu. Powszechnie wiadomo, iż kortykosteroidy, wpływają na zmienność akcji serca płodu. Obserwacja zmienności pracy serca płodu jest jednym z istotniejszych elementów monitorowania dobrostanu płodu, wobec czego niezwykle istotną kwestią jest ustalenie w badaniu populacyjnym wpływu stosowanych kortykosteroidów na pracę serca płodu, by zapobiec niepotrzebnym jatrogennym zabiegowym porodom przedwczesnym. W pracy pogładowej zebrano wyniki 15. badań oraz uzyskano z nich spójne wyniki, ponieważ ustalono, iż kortykosteroidy wpływają na zmianę akcji serca płodu w sposób dwufazowy. W pierwszym dniu po podaniu leku obserwowane jest obniżenie średniej wartości akcji serca płodu oraz zwiększenie zmienno-

ści pracy, natomiast w drugim i trzecim dniu obserwowane jest podniesienie średniej wartości akcji serca płodu oraz obniżenie jej zmienności. W pierwszym i drugim dniu po podaniu betametazonu obserwowany był spadek ruchów ciała i oddechowych płodu. W czwartym dniu po leczeniu wszystkie parametry wracają do normy. We wnioskach podkreślano znaczenie obserwowanych zmian po leczeniu kortykosteroidami, głównie betametazonem, które mogą być podstawą do błędnego rozpoznania objawów zagrożenia płodu.

Dużym zainteresowaniem cieszył się wykład prof. J. Kalinki (Polska) dotyczący wpływu polimorfizmu genu TLR4 na ryzyko wystąpienia wcześniactwa w populacji polskiej. Przedstawiono wyniki badań własnych na próbie 49 noworodków urodzonych o czasie oraz 35. noworodków urodzonych przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży. Prof. J. Kalinka zwrócił uwagę na znaczenie problemu wcześniactwa w aspekcie śmiertelności i umieralności noworodków oraz na fakt, iż jedną z najczęstszych przyczyn wystąpienia porodu przedwczesnego jest infekcja wewnątrzmaciczna. Bakterie Gram ujemne, które przedostają się do jamy macicy aktywują gen TLR4 (*Toll Like Receptors 4*), który ulega ekspresji w doczesnej, kosmówce i owodni. Aktywacja TLR4 prowadzi do syntezy prostaglandyn, co z kolei może powodować wystąpienie objawów porodu przedwczesnego. W zależności od zróżnicowania TLR4 może wchodzić w interakcje z bakteriami gram ujemnymi oraz wpływać na ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na występowanie różnic w częstości występowania polimorficznych alleli TLR4 pomiędzy grupą noworodków urodzonych przedwcześnie a urodzonych o czasie: polimorficzne allele 896G występowały dwukrotnie częściej, natomiast polimorficzne allele 1196T stwierdzono 3. krotnie częściej w grupie noworodków urodzonych o czasie. Wyniki wskazują na konieczność prowadzenia dalszych badań, ale niewątpliwie pozwalają na lepsze zrozumienie mechanizmów prowadzących do wystąpienia objawów porodu przedwczesnego.

Podczas sesji poświęconej zagadnieniom wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrastania płodu (IUGR – *intrauterine growth restriction*) pod przewodnictwem prof. M. Hansona (Wielka Brytania) oraz prof. B. Sun (Chiny), prof. G. H. A. Visser (Holandia) oraz prof. C. Lees (Wielka Brytania) zaprezentowali nową nomenklaturę tej jednostki chorobowej wyróżniając wczesny (<34. tygodnia ciąży) oraz późny IUGR.

Prof. Lees poświęciła uwagę definicji IUGR opartej na zmniejszonym wymiarze odvodu brzucha płodu (AC) <10 percentyla oraz indeksie pulsacji naczyniowej w tętnicy pępowinowej > 95 percentyla. W oparciu o wyniki badania TRUFFLE (*Trial Randomizing Umbilical and Fetal Flow In Europe*) opublikowane w 2013r. zwrócono uwagę na wartość diagnostyczną pomiarów przepływów naczyniowych w tętnicy pępowinowej (UA) oraz przewodzie żylnym (DV) w tej jednostce chorobowej. W odniesieniu do wystąpienia

prof. Lees nieprawidłowości w zapisie KTG oraz w pomiarach przepływów korelują ze zwiększoną ilością powikłań neonatologicznych (głównie porażenia mózgowego) i powinny stanowić czynnik decydujący o wcześniejszym zakończeniu ciąży. Wykład prof. Scherjon (Holandia) zamykający sesję dotyczącą hipotrofii nawiązywał do rozważenia zakończenia ciąży powikłanej IUGR po ukończeniu 38. tygodnia w oparciu o MAIN score (*Morbidity Assessment Index For Newborns*).

Duże zainteresowanie wzbudziła sesja poświęcona cukrzycy w ciąży, prowadzona przez M. Hod (Izrael) oraz H. Yang (Chiny). Pierwszy wykład wygłosił F. McAuliffe (Irlandia) pt.: „*Czy i jakie interwencje mogą przynieść korzyści w ciąży*”. Potomstwo otyłych pacjentek narażone jest na zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy w dorosłym życiu. Glukoza jest głównym źródłem energii w czasie rozwoju i wzrostu wewnątrzmacicznego. Stężenie glukozy u matki powyżej normy diagnostycznej dla cukrzycy z 2008 roku wiąże się ze zwiększoną masą urodzeniową i gorszymi wynikami położniczymi. W 2012 roku w badaniu ROLO wysunięto hipotezę, iż dieta o niskim indeksie glikemicznym w czasie ciąży może zapobiec makrosomii płodu. Badaniem objęto 800 kobiet ciężarnych z dodatnim wywiadem urodzenia dziecka powyżej 4000g, z wyłączeniem pacjentek z przebyłą cukrzycą ciężarnych. Punktem końcowym była masa urodzeniowa oraz przybór masy ciała w ciąży. W wyniku badania ustalono, że dieta o niskim indeksie glikemicznym w czasie ciąży nie miała wpływu na masę urodzeniową w grupie pacjentek z ryzykiem makrosomii płodu oraz nie zmniejszała ryzyka wystąpienia makrosomii płodu. Jej pozytywnym efektem był natomiast mniejszy przybór masy ciała pacjentek w czasie ciąży, lepsze wyrównanie glikemii oraz polepszenie jakości pokarmu przyjmowanego przez ciężarne. Dieta niskoglikemiczna nie wpływa na stężenie leptyny czy markerów stanu zapalnego, takich jak IL-6 czy TNF-alfa. Zaobserwowano natomiast zmniejszenie typowego w ciąży wzrostu insulinooporności. Analiza diety i wysiłku fizycznego pod kątem ich wpływu na przebieg ciąży wykazała, iż kontrola diety miała największy wpływ na obniżenie przyboru masy ciała ciężarnych, natomiast aktywność fizyczna obniżała masę urodzeniową dzieci. Żadna z tych interwencji nie miała wpływu na dzieci małe do wieku ciążowego (SGA – *small for gestational age*). Poradnictwo dotyczące diety i aktywności fizycznej w grupie kobiet z nadwagą i otyłością nie zmniejszyło częstości urodzenia dzieci dużych do wieku ciążowego (LGA – *large for gestational age*) ani częstości pojawiania się cukrzycy w ciąży, lecz skutkowało obniżeniem częstości rodzenia się dzieci powyżej 4kg. W grupie otyłych ciężarnych bez cukrzycy nie stwierdzono korzystnego wpływu stosowania probiotyków na poziom glukozy we krwi na czczo, ani na inne markery wyrównania metabolicznego czy wyniki położnicze. Zmiany stylu życia obejmujące nawyki żywieniowe oraz aktyw-

ność fizyczną wykazują korzystny wpływ na zdrowie matki i płodu, dlatego tak ważna jest dla samej matki, jak i jej dziecka, polityka nastawiona na poprawę jakości pokarmu przyjmowanego w ciąży.

Profesor Y. Yogev (Izrael) wygłosił wykład pt.: „Czy u pacjentek z cukrzycą rośnie ryzyko powikłań położniczych wraz ze wzrostem stopnia otyłości?” Szacuje się, że 1/3 pacjentek z cukrzycą ciężarnych cierpi na otyłość. Na całym świecie obserwowany jest trend wzrostu ilości ludzi chorujących na nadwagę i otyłość. Zjawisko to szczególnie widoczne jest w grupie dzieci i młodzieży, gdy z 4–6% w latach 70. odsetek wzrósł do 16% zarówno w grupie wiekowej 6–11, jaki i 12–19. Podobnie zachowują się krzywe zachorowania na cukrzycę. Otyłość jest niezależnym czynnikiem ryzyka powikłań położniczych, choć stopień nasilenia powikłań zależy od stopnia otyłości. Nadwaga także zwiększa ryzyko powikłań położniczych. Pojawienie się cukrzycy w przebiegu ciąży również jest czynnikiem ryzyka nieprawidłowości położniczych, z wpływem zależnym od poziomu hiperglikemii. Do omawianych powikłań położniczych należą: stan przedrzucawkowy, wcześniactwo, makrosomia płodu oraz zwiększenie umieralności okołoporodowej.

Profesor S. Alberico (Włochy) wygłosił wykład pt.: „Najlepszy czas i sposób rozwiązania pacjentki ciężarnej z cukrzycą i makrosomią płodu”. Celem nadrzędnym jest zapobieganie makrosomii w czasie ciąży, ale również zapobieganie dystocji barkowej i niepotrzebnym cięciom cesarskim w czasie porodu oraz zapobieganie hiper- i hipoglikemii zarówno w czasie ciąży, jak i, co ważniejsze, w czasie porodu. W kontekście powyższych celów należy postawić kilka pytań:

- kiedy rozwiązać ciążę i czy lepsza jest postawa wyczekująca, czy aktywne indukowanie porodu?,
- sposób rozwiązania i wartość szacowanej masy płodu, do której można kierować poród drogami natury: 4000g, 4250g, 4500g?,
- monitorowanie profilu glikemii w czasie porodu,
- czy należy tak samo traktować pacjentki z cukrzycą przedciążową i ciążową?

Pacjentki z różnymi typami cukrzycy nie mogą być traktowane podobnie, ponieważ różnią się one w kilku aspektach, m.in. BMI, ryzykiem stanu przedrzucawkowego, uszkodzenia naczyń krwionośnych oraz retinopatii. W badaniu porównującym częstość wykonywania cięcia cesarskiego, w zależności od postawy wyczekującej czy indukcji porodu, nie stwierdzono wzrostu częstości cięć cesarskich w przypadku indukcji porodu. Nie wykazano różnic w częstości występowania dystocji barkowej w zależności od przyjętej postawy. Najważniejsze jest jednak zawsze uzyskanie świadomej zgody pacjentki na proponowane postępowanie.

Istotnym problemem jest właściwe oszacowanie masy płodu. Spośród wskazań do elektywnego cięcia cesarskiego u pacjentek z przedciążową cukrzycą należy wymienić: szacowaną masę płodu powyżej 4000g w 38. tygodniu ciąży, makrosomię płodu i stan po cięciu

cesarskim, makrosomię płodu i ryzyko zabiegowego porodu z użyciem kleszczy lub próżniociągu, ciężką retinopatię lub nefropatię, brak zgodny pacjentki na poród drogami natury, nie stosunek pomiędzy obwodem w barkach lub masą płodu a wielkością miednicy oraz makrosomię płodu i przebycie dystocji barkowej z uszkodzeniem spłotu barkowego w poprzedniej ciąży. Jeśli będzie podjęta próba porodu drogami natury, należy ją podjąć w ośrodku III stopnia referencyjności, po podpisaniu przez pacjentkę świadomej zgody oraz, jeśli to możliwe, z ciągłym monitorowaniem stanu płodu przy użyciu STAN. Należy pamiętać, iż płód pacjentki z hiperinsulinemią narażony jest na wysokie ryzyko ketonemii/hipokaliemii oraz zaburzenia rytmu serca. W jednym z badań z 1993 roku, porównujących u pacjentek ciężarnych z cukrzycą postawę wyczekującą do aktywnej, uzyskano wyższą częstość dużych dzieci w stosunku do wieku ciążowego, dystocji barkowej oraz cięć cesarskich w postawie wyczekującej. Prowadzone jest także badanie GINEXMAL (*Gestational Induction vs Expectant Management of Labor Trial*), które ma prospektywnie porównać dwie postawy wobec ciężarnych z cukrzycą pojawiającą się w ciąży, wyczekującą lub aktywną. Indukcja porodu w 38. tygodniu ciąży wobec obserwacji do 41. tygodnia ciąży. Wstępne wyniki nie wykazują, by indukcja porodu wiązała się ze zwiększeniem odsetka cięć cesarskich, a wręcz zmniejsza częstość wykonywania cięć cesarskich i porodów zabiegowych w ogóle. Wobec powyższego, jeśli jest wskazanie do przeprowadzenia indukcji porodu u ciężarnej z cukrzycą w ciąży, należy pamiętać o współpracy z pacjentką i ciągłym monitorowaniu i opiece nad rodzącą. Taka postawa skutkuje zmniejszeniem ryzyka obumarcia wewnątrzmacicznego powyżej 40. tygodnia ciąży oraz wpływa na kontrolę profilu glikemii u pacjentki. Podejmując decyzję o oczekiwaniu na samoistny poród, należy pamiętać, iż w 41+0. tygodniu ciąży należy przeprowadzić indukcję porodu oraz ściśle kontrolować profil glikemii u tych pacjentek, ponieważ przy niekontrolowanej cukrzycy należy spodziewać się zwiększonej ilości makrosomii płodu oraz powikłań w czasie porodu. Przebycie w poprzedniej ciąży dystocji barkowej oraz obecna makrosomia płodu znacznie zwiększają ryzyko wystąpienia dystocji barkowej, wobec czego najlepszym postępowaniem jest elektywne cięcie cesarskie u tych pacjentek. Aktywne prowadzenie porodu łącznie z amniotomią i oksycyną wskazuje na zmniejszenie odsetka cięć cesarskich, skraca czas trwania porodu, podnosi poziom satysfakcji rodzącej oraz poprawia wyniki neonatologiczne tych dzieci.

Wykład poświęcony kryteriom rozpoznania cukrzycy w ciąży wygłosił M. Hod (Izrael). Na przestrzeni lat zarówno testy, jak i wartości diagnostyczne wielu chorób ulegają zmianie. Podobnie modyfikacjom podlega wykrywanie cukrzycy w ciąży. Międzynarodowe wielośrodkowe badanie HAPO (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*) dało podstawę grupie

IADPSG (*International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups*) do wypracowania nowych wartości odcięcia do rozpoznania cukrzycy w ciąży w oparciu o test obciążenia glukozą 75g w teście tróstopniowym. Rozpoznanie cukrzycy stawiane jest w przypadku wartości równej lub większej glukozy na czczo 5,1 mmol/l (>92 mg/dl), po 1 godzinie > 10,0 mmol/l (> 180 mg/dl), po 2 godzinach > 8,5mmol/l (> 153 mg/dl).

Podczas sesji zatytułowanej „*Kiedy Wschód spotyka Zachód*” moderowanej przez prof. A. Mikhailova (Rosja) oraz prof. F. Stamatiana (Rumunia) z dużym uznaniem spotkał się wykład prof. M. Wielgosia (Polska) dotyczący prowadzenia ciąży po zabiegach transplantologicznych. Kortykosteroidy, cyklosporyna A oraz takrolimus zostały zaliczone to relatywnie bezpiecznych leków immunosupresyjnych w przebiegu ciąży. W oparciu o wyniki innych autorów oraz dane z ośrodka warszawskiego częstość żywych urodzeń w ciążach po przeszczepie nerek waha się od 71 do 79% natomiast po przeszczepie wątroby od 69 do 73%. Epizody odrzucania przeszczepów podczas trwania ciąży stanowią w zależności od ośrodka 2-8% w odniesieniu do nerek oraz 0-8% w przypadku stanu po przeszczepie wątro-

by. W prezentowanych przez wykładowcę wynikach średni wiek ciążowy w momencie porodu był wyższy w grupie pacjentek po przeszczepie wątroby i wynosił 37,0 tygodni oraz 35,5 tygodnia w grupie kobiet po przeszczepie nerek. Do najczęstszych powikłań neonatologicznych należały infekcje wnikające 24% przypadków. Według prezentowanych zaleceń koncepcja powinna zostać zaplanowana przynajmniej rok po zabiegu transplantologicznym, a leczenie immunosupresyjne oraz leczenie chorób towarzyszących powinno być odpowiednio modyfikowane przed upływem tego okresu. Zaleca się, aby opieka nad kobietą ciężarną opierała się na częstych wizytach kontrolnych oraz testach sprawdzających funkcje przeszczepionego organu oraz wczesnym screeningu w kierunku cukrzycy ciążowej. Stan po zabiegu transplantologicznym nie jest wskazaniem do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego. Poród powinien być prowadzony w osłonie kortykosteroidowej i antybiotykowej.

Podczas kongresu zaprezentowanych zostało 844 prac posterowych oraz 90 wystąpień ustnych. Wykładowcy podsumowali bieżącą wiedzę i określili standardy postępowania w dziedzinie perinatologii.