

Dystocja barkowa

Marta Baczyńska-Strzecha

Dystocja barkowa

Zatrzymanie porodu po urodzeniu się główki płodu, na skutek niemożności urodzenia się barków

Do dystocji barkowej dochodzi wtedy gdy barki nie mogą się zrotować do wymiaru poprzecznego wchodu i w związku z tym nie może dojść do ich adaptacji do kształtu wchodu miednicy.

Dystocja barkowa



W dystocji pomimo połączonego maksymalnego wysiłku matki oraz rutynowej pomocy udzielanej przez położną w kolejnym skurczu lub kolejnej minucie nie dochodzi do urodzenia barku.

A nawet występuje zjawisko przeciwne – urodzona główka cofa się, zupełnie jak głowa żółwia w sytuacji zagrożenia ukrywa się wewnątrz skorupy („turtle sign“).

Jest to widomym znakiem zaburzonego mechanizmu porodowego. Dzieje się tak na skutek zaklinowania przedniego barku o spojenie łonowe (dystocja jednostronna) lub obu barków w obrębie wychodu miednicy.



Dystocja barkowa

Częstość : 0,15 – 4 % porodów

Czynniki ryzyka:

Cukrzyca ciążowa

Otyłość (BMI > 30 kg/m²)

Znaczny przyrost masy ciała w ciąży (> 20 kg)

Ciąża przeterminowana (> 42 tyg)

Wielorodność (> 5 porodów)

Niski wzrost matki (<150 cm)



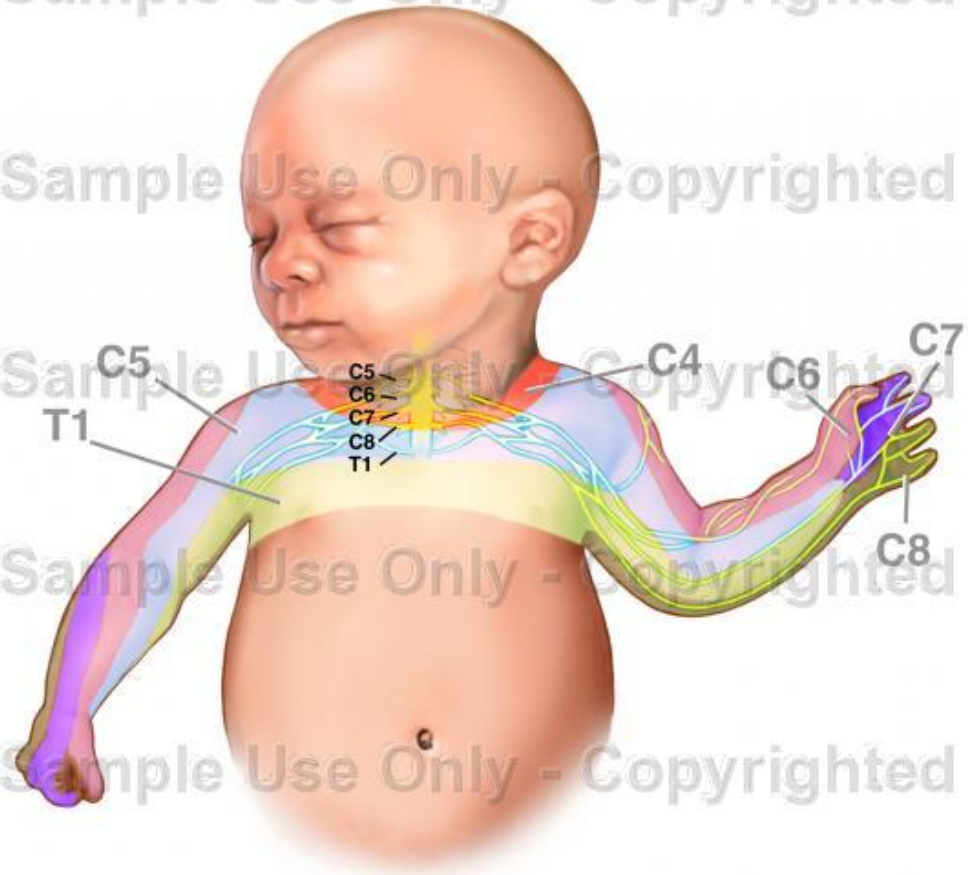
Potencjalne powikłania u matki w czasie dystocji barkowej

Urazy szyjki macicy, pochwy i krocza wymagające chirurgicznego zaopatrzenia

- Uszkodzenie pęcherza moczowego
- Samoistne rozejście się spojenia łonowego
- Pęknięcie macicy
- Krwotok poporodowy
- Zapalenie błony śluzowej macicy
- Zakażenia połogowe • w rzadkich przypadkach cięcie cesarskie, transfuzje, histerektomia

Powikłania noworodek

Anatomy of the Brachial Plexus in Infant



Powikłania u noworodka

Uszkodzenie splotu ramiennego 5-15%

- Najczęściej występującym uszkodzeniem **jest porażenie typu Erba**, spowodowane porażeniem korzeni od C5 do C7. Porażone są mięśnie barku i zginacze przedramienia, ręka zwisa odwiedziono i zrotowana do wewnątrz.
- **Porażenie Klumpkego** pojawia się, gdy uszkodzeniem objęte są ponadto korzenie od C7 do C8 oraz Th 1 i charakteryzuje się ono wystąpieniem ręki szponiastej.
- Czasami występuje **zespół Homera**, (*miosis, ptosis, enophthalmus*) który jest spowodowany współistnieniem uszkodzenia szyjnego łańcucha współczulnego.
-
- Występujące niekiedy oderwanie nerwu przeponowego od korzeni szyjnych od C3 do C5 prowadzi do jego porażenia, co pociąga za sobą różne komplikacje, takie jak: zmniejszenie pojemności płuc, nawracające zapalenia płuc i przewlekły refluks żołądkowo-przełykowy.

A zatem cięcie cesarskie?

- Nawet przy teoretycznym założeniu, że 100% porodów będzie rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego, nie ustrzeżemy się przed powikłaniami tak matczynymi jak płodowymi.
- Szereg uszkodzeń, w tym porażenie splotu barkowego może przecież powstawać wewnątrzmacicznie

Co zrobić ???

H Help! (Pomocy! Wezwać pomoc)

E Episiotomy (rozległe nacięcie krocza)

L Legs (nogi): manewr McRoberts (30-60 sekund)

P Pressure (ciśnienie): zewnętrzny ucisk nadłonowy (30-60 sekund)

E Enter the vagina (wejście do pochwy): manewr Woodsa; manewr Rubina (30-60 sekund)

R Remove the posterior arm (uwolnienie przedniego ramienia)

R Roll over onto all fours (zmiana pozycji na kolankowo-łokciową) Z Zavanelli manoeuver (manewr Zavanelliego): nie dotyczy schematu postępowania, stosowany wyłącznie w ostateczności.

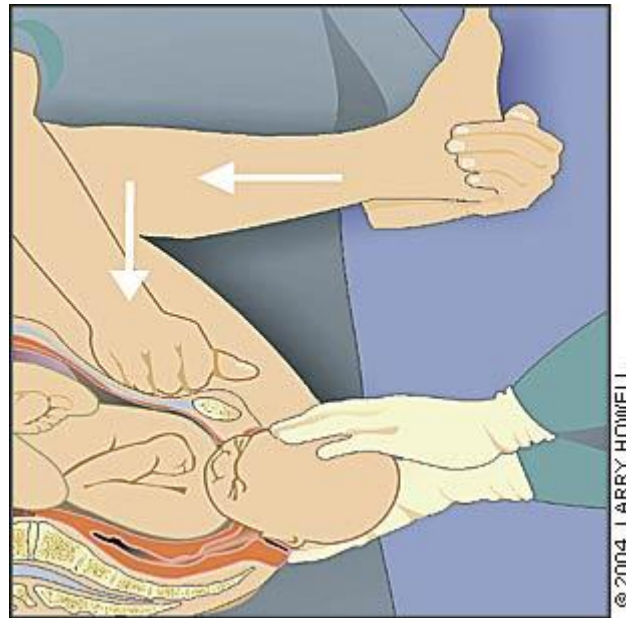
Czynności podejmowane w przypadku wystąpienia dystocji barkowej wg ACOG (American College of Obstetrician and Gynecologist):

1. Wezwać pomoc! Następujące osoby do pomocy: możliwie najbardziej doświadczony położnik, najbardziej doświadczone położne, anestezjolog, pediatra. Odnotować w dokumentacji.
2. Założyć rodzącej cewnik do pęcherza moczowego
3. Wykonać rozległe nacięcie krocza po znieczuleniu: umożliwia lepszy dostęp do płodu i wewnętrzne manewry. Krocze przejmuje znaczną część nacisku karku płodu, episiotomia pozwala zmniejszyć przekrwienie w obrębie główki płodu.
4. Odśluzować jamę ustną i nosową dziecka
5. Asystent wykonuje ucisk nadłonowy, położnik pociąga za główkę płodu ku dołowi (nie wykonywać zabiegu Kristellera, nie forsować nadmiernego pociągania za główkę),
6. Manewr McRoberts
7. Ucisk nadłonowy
8. Manewr Woodsa
9. Próba urodzenia tylnego ramienia
10. Pozycja kolankowo-łokciowa (manewr Gaskin),
11. Przy niepowodzeniu powyższych rękoczynów celowe jest złamanie przedniego obojczyka płodu lub ramienia,
12. W ostateczności – manewr Zavanellego

Ucisk nadłonowy



Manewr Mc Robertsa połączony z uciskiem nadłonowym.



Dystocja barkowa to także ryzyko urazu biochemicznego płodu

- Podczas zaklinowania dochodzi do ucisku na klatkę piersiową płodu, sznur pępowinowy, rośnie napięcie podstawowe macicy i zmniejsza się perfuzja krwi przez łożysko.
- Może to skutkować płodową hipoksemią z następstwami w postaci uszkodzeń narządowych w tym OUN do zgonu włącznie. Zwłaszcza, jeśli w dotychczasowym przebiegu porodu rezerwa tlenowa była niewielka i już istniały cechy rozpoczynającej się kwasicy.
- Płód w ciąży donoszonej wytrzymuje bez ryzyka trwałych uszkodzeń neurologicznych do 10 minut ostrego niedotlenienia, w czasie którego spadek pH może wynosić do 0.04/min.* Intubacja?

• * Beer E, Folghera MG. Time for resolving shoulder dystocia. Am J Obstet Gynecol 1998

- Pomimo dołożenia przez zespół porodowy należytej staranności i braku błędu w postępowaniu nie można wykluczyć trwałych poporodowych uszkodzeń neurologicznych noworodka.
- Znacznej ich części jednak można uniknąć przeprowadzając systematyczne szkolenia personelu na fantomie i opracowując standardy postępowania w tej sytuacji.
- Należy ze szczególną uwagą wypełniać dokumentację medyczną- opisać przedsięwzięte działania w sposób prawdziwy, jasny i klarowny.
- Dystocja barkowa pozostaje jedną z najtrudniejszych nagłych sytuacji położniczych a jej ostateczny pomyślny finał pozostaje ciągle pod znakiem zapytania.
-

Krwotok poporodowy

Definicja pozwala rozpoznać krwotok poporodowy przy utracie krwi:

- ponad 500 ml (poród siłami natury),
- ponad 1000 ml (cięcie cesarskie).

Utratę krwi w pierwszych 24 godzinach po porodzie nazywamy wczesnym krwotokiem poporodowym, a w okresie od 24 godzin do 6 tygodni po porodzie, późnym krwotokiem poporodowym.

Porodowe czynniki ryzyka

- • cięcie cesarskie (szczególnie w trybie pilnym),
- • zatrzymanie łożyska,
- • niedowład macicy (atonia),
- • operacyjne ukończenie porodu (kleszczowe, wyciągacz próżniowy),
- • brak postępu porodu (wydłużenie powyżej 12 godzin, szczególnie II okresu \leq 1 godzin u wieloródki, $>$ 2 godzin u pierwiastki),
- • indukcja porodu, • duży płód ($>$ 4000 g),
- • uraz dróg rodnych podczas porodu (pęknięcia, krwiaki, wycieranie macicy),
- • gorączka,
- • sposób znieczulenia,
- • DIC.

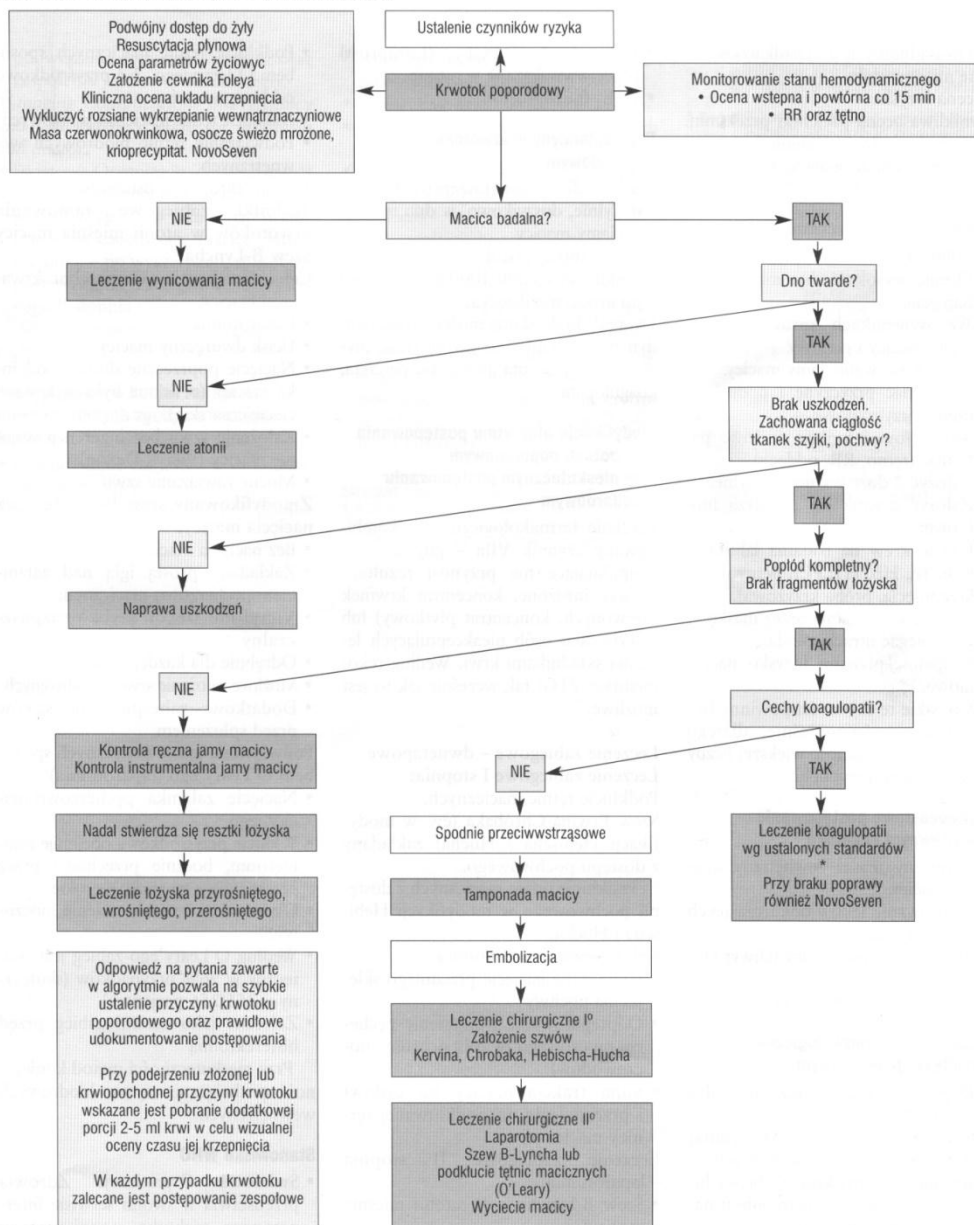
Prenatalne czynniki ryzyka

- • krwawienie przedporodowe,
- • zagrożenie przedwczesnego oddzielenia łożyska (ablatio placentae praecox),
 - • łożysko przodujące (placenta praevia),
- • ciąża wielopłodowa,
- • nadciśnienie w przebiegu ciąży (stan przedrzucawkowy, rzucawka, HELLP),
 - • chorionamnionitis,
- • wielowodzie,
- • obumarciu płodu,
- • niedokrwistość ($Hb < 5,8 \text{ mmol/l}$),
- • wieloródka > 5 ciąż,
- • mięśniaki macicy,
- • krwotok w wywiadzie, otyłość (mniejsze znaczenie).

Z chwilą rozpoznania PPH należy niezwłocznie („złota godzina”):

- podjąć leczenie przyczynowe krwotoku,
- uzupełnić utraconą objętość łożyska naczyniowego,
- rozpocząć przetaczanie krwi,
- rozpoznać koagulopatię, korygować hemostazę,
- prowadzić stałą kontrolę źródła krwawienia,
- zabezpieczyć podstawowe monitorowanie.

Rycina. Algorytm postępowania w krwotoku poporodowym (wg Bukowski R, Maternal Fetal Medicine, Hankins G, Department of Obstetrics and Gynecology University of Texas, w modyfikacji R. Poręby)



Leczenie farmakologiczne

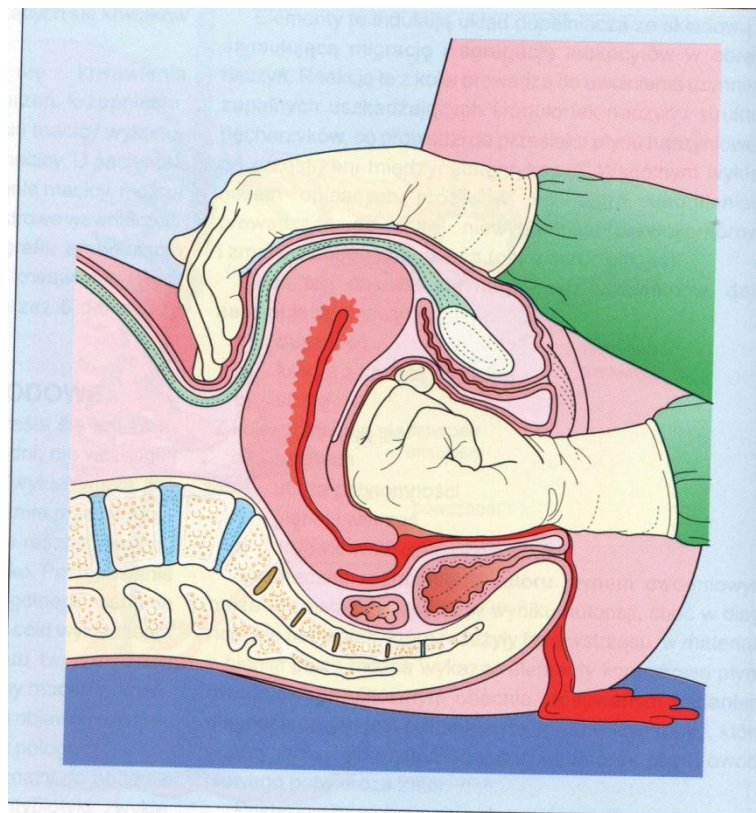
- oksytocynę 10 j.m (i.v., bolus) i 20-40 j.m. w 500 ml 5% glukozy (125 ml/h),
- • metylergometrynę 0,2 mg i.m.; 0,05-0,2 mg i.v., • dinoprost (PGF2a, Enzaprost),
- • mizoprostol (PGE1, Cytotec).

Karbetocyna (Pabal)



Analog oksytocyny charakteryzujący się właściwościami farmakologicznymi i klinicznymi długo działających agonistów oksytocyny. Podobnie jak oksytocyna, karbetocyna wiąże się wybiórczo z receptorami oksytocyny w mięśniach gładkich macicy, pobudza rytmiczne skurcze macicy, zwiększa częstość skurczów i zwiększa napięcie mięśniówki macicy.

Dwuręczne uciśnięcie macicy



Szew B-Lyncha

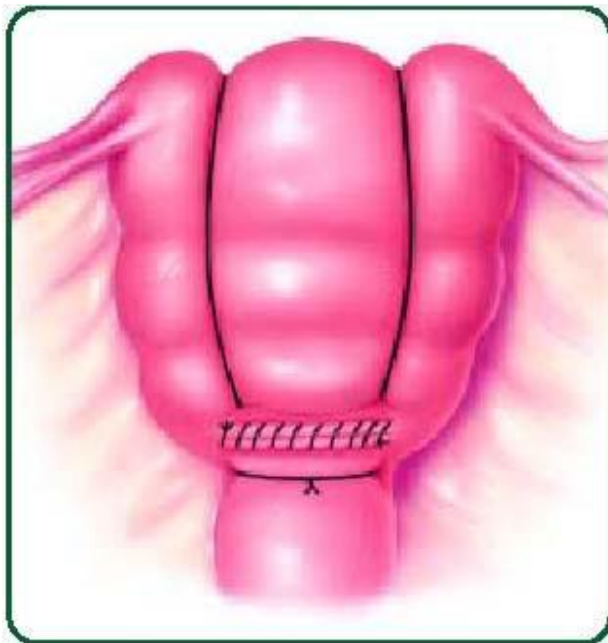
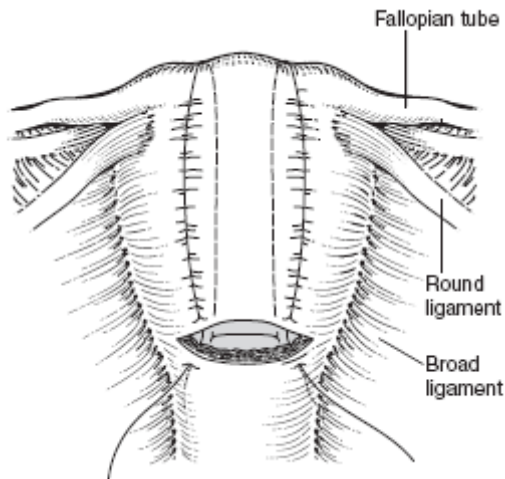


FIGURE 3. The suture is tied as the assistant tightly compresses the uterus. The B-Lynch suture is in place in this view of the compressed uterus after the hysterotomy incision has been closed.

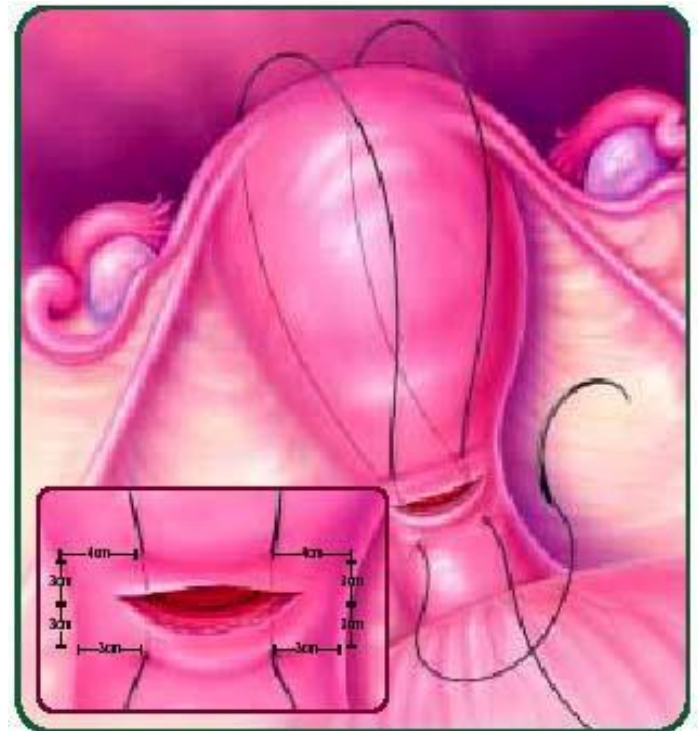


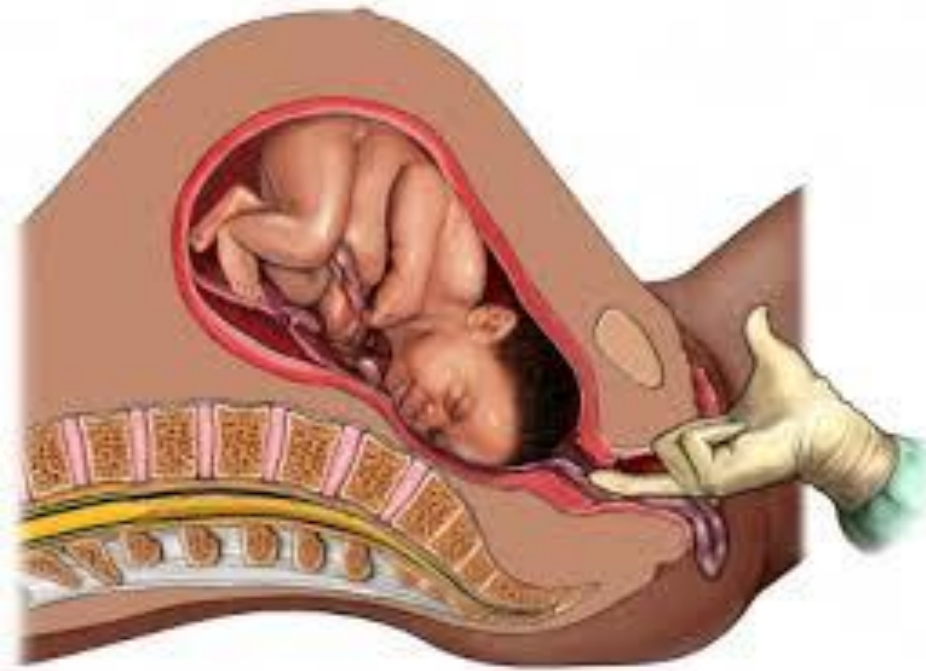
FIGURE 1. After criteria for the B-Lynch suture are met, the physician first performs a low transverse hysterotomy. With the bladder displaced inferiorly, the first stitch is placed 3 cm below the lower C/S incision on the patient's left side and threaded through the uterine cavity, emerging about 4 cm from the lateral border of the uterus. We recommend using No. 2 chromic catgut suture on a 70-mm needle, but any absorbable suture material (e.g., Vicryl or Dexon) on a large needle should suffice. (Inset provides an enlarged view of the suture in place.)



Wypadnięcie pępowiny

Wypadnięcie jawne – po pęknięciu pęcherza płodowego pępowina przed częścią przodującą w pochwie

Wypadnięcie ukryte – pępowina pomiędzy częścią przodującą a linią zetknięcia z miednicą, nie dostępna w badaniu wewnętrznym



Umbilical Cord Prolapse

Czynniki ryzyka

Poród przedwczesny

Amniocenteza

Nieprawidłowe położenia i ułożenia płodu

Niewspółmierność porodowa

Nisko usadowione łożysko

Długa i cienka pępowina

PROM

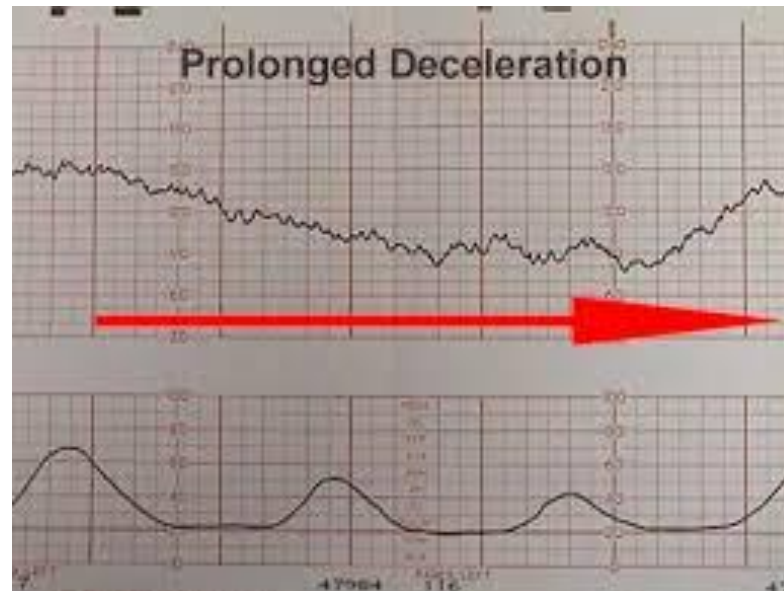
Wielowodzie

Wielodzietność

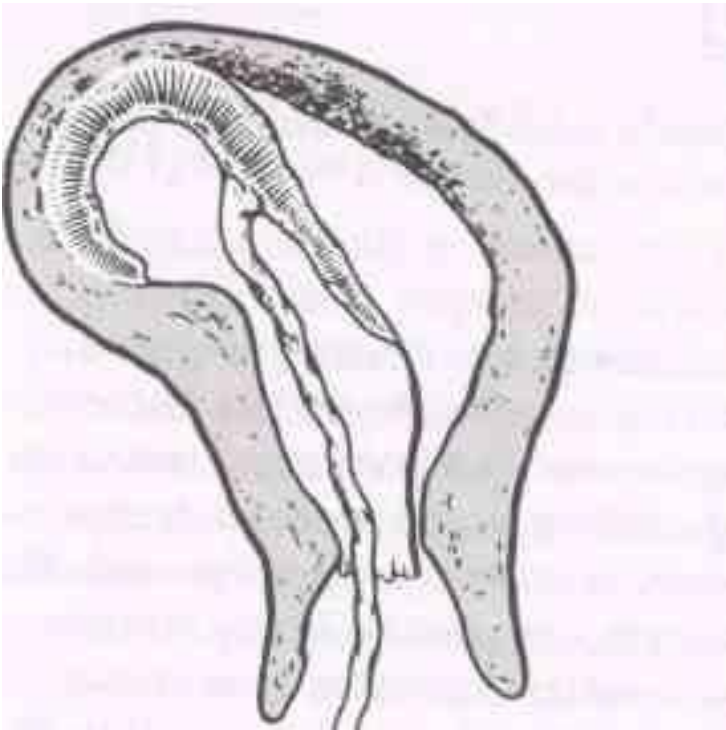
Wady rozwojowe macicy

Wypadnięcie pępowiny jest wskazaniem do natychmiastowego cięcia cesarskiego !!!

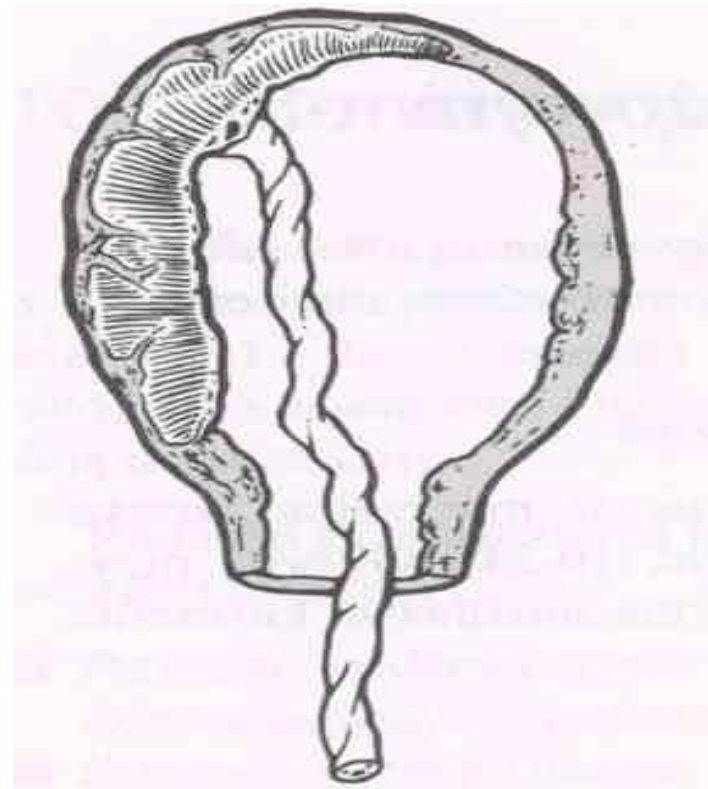
Ucisk pępowiny pomiędzy częścią przodującą a miednicą



Powikłania okresu łożyskowego – zatrzymanie łożyska



**łożysko przytwierdzone;
występuje często!**



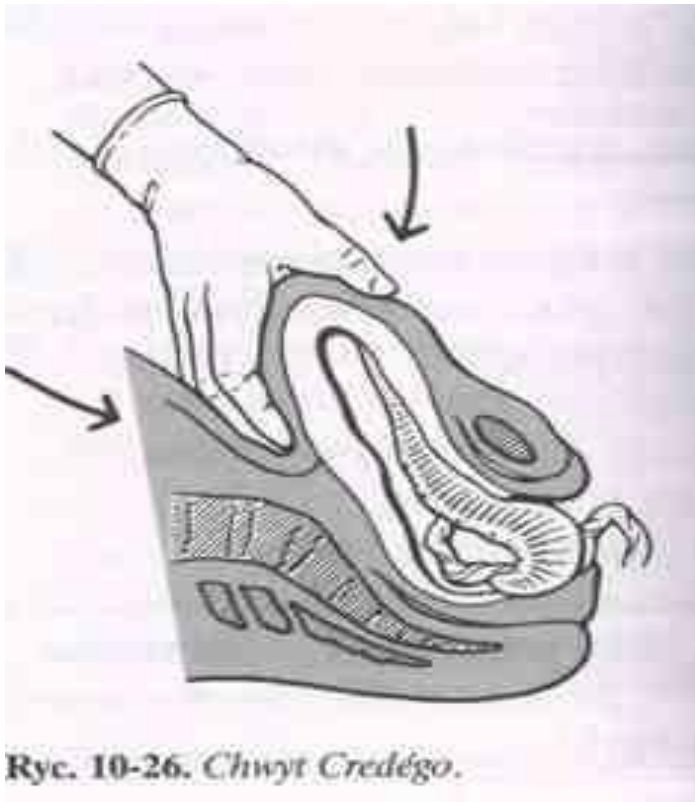
**łożysko przyrośnięte lub wrośnięte (wg
Wilsona); występuje bardzo rzadko**

Wzmoczone krwawienie okresu oddzielania łożyska

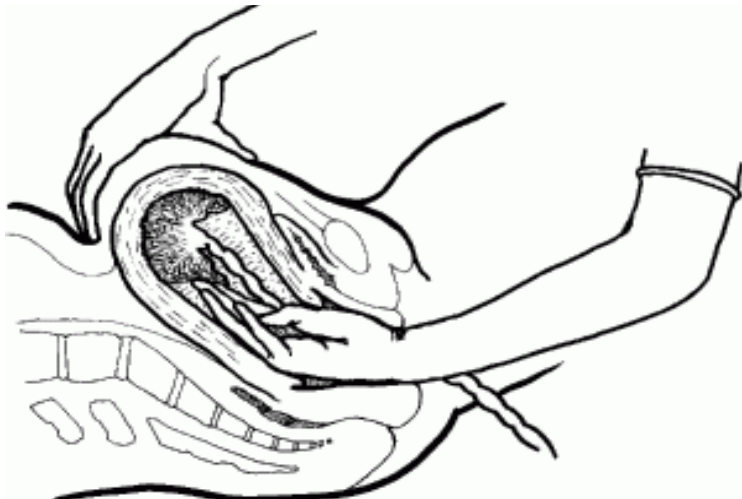
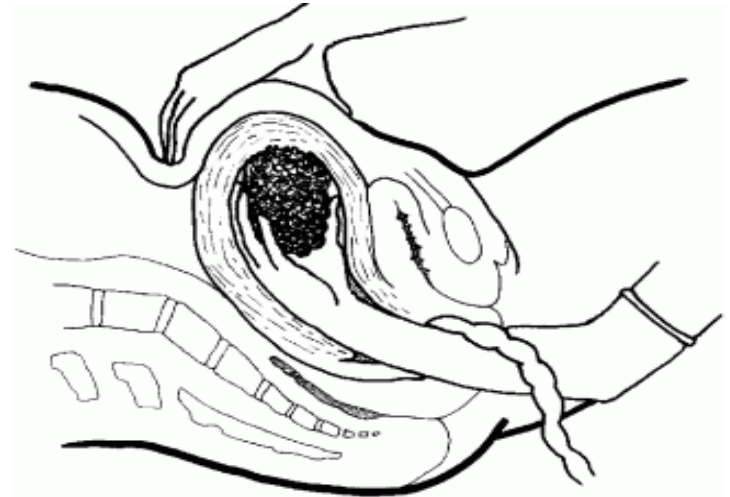
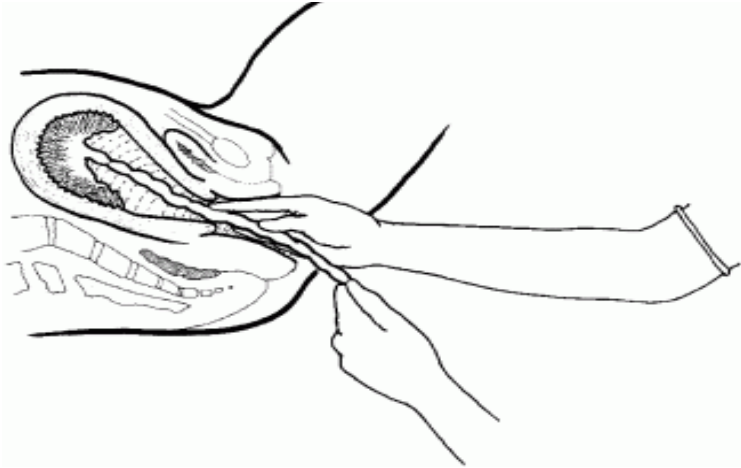
Postępowanie

- 1) Oksytocyna 3 j*m* i.v, a następnie ciągły wlew kroplowy z oksytocyną
- 2) Zabezpieczenie żyły i profilaktyka wstrząsu hipowolemicznego (HES, FFP)
- 3) Opróżnienie pęcherza moczowego (stały cewnik), masaż macicy, przyłożenie lodu w okolicę podbrzusza
- 4) Oksytocyna bezpośrednio do pępowiny: 10j w 20 ml 0,9% NaCl

- 5) Chwyt Credègo bez znieczulenia lub w znieczuleniu ogólnym
- 6) Ręczne oddzielenie i wydobycie łożyska



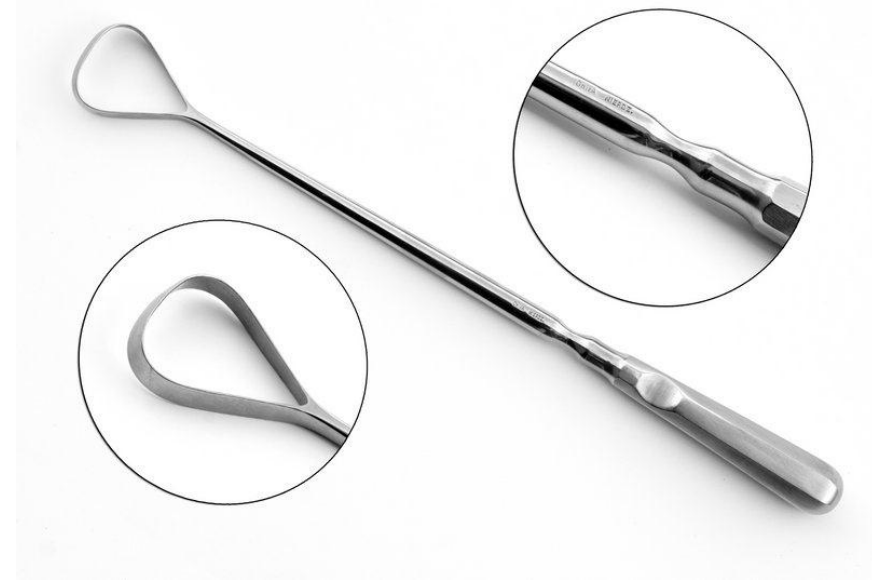
Ręczne wydobywanie łożyska



Krwawienie poporodowe po wydaleniu łożyska (krwawienie atoniczne)

1. Niedowład macicy po wydaleniu niekompletnego łożyska

- Wyłyżeczkowanie jamy macicy – wskazania:
- ◆ Wzmoczone krwawienie z jamy macicy po porodzie łożyska
 - ◆ łożysko niekompletne
 - ◆ Płat dodatkowy łożyska
 - ◆ Przerwanie naczyń na brzegu łożyska lub błon płodowych
 - ◆ Przyczep błoniasty pępowiny



Łyżka Bumma