



Ενημερωτικό φυλλάδιο

Δρ Ιωάννης Γρυπάρης – Μαιευτήρας, Χειρουργός, Γυναικολόγος

Πρόκληση Τοκετού

Ο τοκετός αποτελεί μια φυσική διαδικασία που συνήθως ξεκινά αυτόματα. Σε κάποιες όμως περιπτώσεις επιβάλλεται η τεχνητή του έναρξη. Αυτό ονομάζεται πρόκληση τοκετού.

Γιατί μπορεί να μου προταθεί πρόκληση τοκετού;

Η απόφαση για πρόκληση τοκετού λαμβάνεται κατά κύριο λόγο στις περιπτώσεις εκείνες που θεωρείται πως η τελική έκβαση και το περιγεννητικό αποτέλεσμα θα είναι καλύτερα εάν η κύηση περατωθεί και όχι αν αφεθεί να ακολουθήσει τη φυσική της πορεία. Πρόκειται για ιατρική παρέμβαση που καταγράφεται στην εμπειρία του τοκετού που βιώνει κάθε επίτοκος. Μπορεί να αποβεί λιγότερο αποτελεσματική και γενικότερα περισσότερο επώδυνη απ'ό,τι η διαδικασία του αυτόματου φυσιολογικού τοκετού.

Θα πρέπει να συζητήσετε το ενδεχόμενο πρόκλησης τοκετού με τον ιατρό ή τη μαία σας όταν θα φτάσετε σε ηλικία κύησης 38 εβδομάδων. Η διεξοδική ενημέρωση του ζευγαριού και η από κοινού λήψη αποφάσεων πριν μια ενδεχόμενη πρόκληση τοκετού, αποτελεί υποχρέωση του Μαιευτήρα – Γυναικολόγου, και παράλληλα οριοθετεί ένα δίαυλο επικοινωνίας. Η επίτοκος θα πρέπει να είναι ενήμερη για τα ποσοστά επιτυχίας της ιατρικής αυτής παρέμβασης, για το πότε και το πού αυτή θα λάβει χώρα, αλλά και για τις εναλλακτικές λύσεις που ενδεχομένως θα απαιτηθούν κατά την εξέλιξη της διαδικασίας, όπως καισαρική τομή. Η ενημέρωση του ζεύγους οφείλει να είναι εξατομικευμένη με βάση τα ευρήματα από την κλινική εξέταση και τον προσδιορισμό του Bishop score.

Πρέπει να καταστεί σαφές ότι η επιτυχία της πρόκλησης είναι πολυπαραγοντική, εξαρτώμενη και από παράγοντες που δεν περιλαμβάνονται στο Bishop score, όπως τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά της γυναίκας, ο τύπος της πυέλου, το σωματικό βάρος της επιτόκου, η θέση του εμβρύου, κα.

Σκοπός της παρούσας προσπάθειας είναι η εξαγωγή κατευθυντήριων γενικών οδηγιών σχετικά με τις ενδείξεις και τον κατάλληλο χρόνο για πρόκληση τοκετού, την παρακολούθηση της διαδικασίας, την αποτελεσματικότητα των μεθόδων που εφαρμόζονται για την ωρίμανση του τραχήλου, την πρόκληση τοκετού, αλλά και τη διαχείριση των επιπλοκών, όπως η αποτυχία της πρόκλησης.





Ενδείξεις

Συνήθως πρόκληση τοκετού προσφέρεται:

- Για την αποφυγή παράτασης της κύησης πέραν των 42 εβδομάδων, ή
- Αν ο τοκετός δεν ξεκινήσει αυτόματα μετά από ρήξη υμένων

Επίτοκες φέρουσες ανεπίπλεκτες κύσεις θα πρέπει να υποβάλλονται σε διαδικασία πρόκλησης τοκετού μεταξύ 41⁺⁰ και 42⁺⁰ εβδομάδων κύησης. Η ακριβής επιλογή του χρόνου εξαρτάται από τις ισχύουσες σε κάθε κύηση καταστάσεις, αλλά πρέπει να συνυπολογίζονται και οι ιδιαίτερες προτιμήσεις που εκφράζει η ίδια η γυναίκα. Είναι γεγονός ότι η χρονική επέκταση της κύησης πέραν των 40 εβδομάδων συνδέεται επιδημιολογικά με αύξηση των σχετικών κινδύνων τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο, κάτι που οφείλει να κατανοήσει το ζεύγος στην ενημέρωση που θα έχουν από τον ιατρό τους.

Υπογραμμίζεται ότι η πρόκληση τοκετού δε θα πρέπει να υιοθετηθεί ως μέθοδος ρουτίνας με βάση μόνο την επιθυμία της επιτόκου. Παρόλα αυτά, και σε συνδυασμό με ιδιαίτερες κοινωνικές καταστάσεις, η επιθυμία της επιτόκου μπορεί να αποτελέσει ένδειξη πρόκλησης τοκετού, σε ηλικία κύησης όμως όχι μικρότερη των 40 εβδομάδων.

Είναι επίσης δυνατό να σας προσφερθεί πρόκληση τοκετού αν η εγκυμοσύνη σας έχει ξεπεράσει τις 34 εβδομάδες και έχουν «σπάσει τα νερά», αλλά ο τοκετός δεν ξεκινήσει αυτόματα μετά από 24 ώρες. Η απόφαση για πρόκληση τοκετού επί πρώιμης – πρόωρης ρήξης υμένων μετά τις 34 εβδομάδες κύησης, οδηγεί σε σαφή ελάττωση των ποσοστών εκδήλωσης χοριοαμνιονίτιδας συγκριτικά με τη συντηρητική αντιμετώπιση.

Η ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη του εμβρύου συγκαταλέγεται μεταξύ των ενδείξεων για πρόκληση τοκετού. Ωστόσο, επί σοβαρού βαθμού ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης με βεβαιωμένη εμβρυϊκή δυσχέρεια, η κύηση πρέπει να περατώνεται δια καισαρικής τομής.

Σε περίπτωση ενδομήτριου θανάτου και με βασικές προϋποθέσεις την καλή γενική κατάσταση της γυναίκας και το ότι το θυλάκιο παραμένει άρρηκτο, χωρίς συνοδά σημεία φλεγμονής ή αιμορραγίας, μπορεί να αποφασισθεί είτε άμεση πρόκληση τοκετού, είτε τακτική πρόσκαιρης αναμονής. Η αναμονή βέβαια, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο φλεγμονής και διαταραχών πηκτικότητας.

Η υπερηχογραφική υποψία για μακροσωμία του εμβρύου (υπολογιζόμενο βάρος γέννησης άνω των 4000 gr) δεν αρκεί προκειμένου να αποφασίζεται περάτωση της κύησης με πρόκληση τοκετού. Αντίστοιχα, θα πρέπει να αποθαρρύνεται η πρόκληση τοκετού μακριά από μαιευτικά κέντρα, όταν δεν βρίσκεστε κοντά στον ιατρό ή τη μαία σας, σε γυναίκες με ιστορικό οξέος τοκετού κατά το παρελθόν.

Παθολογικές καταστάσεις της επιτόκου (νεφροπάθεια, πνευμονοπάθεια, υπερτασική νόσος, προεκλαμψία), μπορεί να οδηγήσουν σε απόφαση για περάτωση της κύησης προς όφελος της γενικότερης κατάστασης τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου, μέσω πρόκλησης τοκετού πριν την αυτόματη έκλυσή του.

Σε ποιες περιπτώσεις αντενδείκνυται η πρόκληση τοκετού;

Προσπάθεια πρόκλησης τοκετού αντενδείκνυται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν πρέπει να πραγματοποιείται κολπικός τοκετός. Έτσι, επί διεγνωσμένης κατά τον προγεννητικό έλεγχο παρουσίας προδρομικών





αγγείων (vasa praevia) ή προδρομικού πλακούντα (πολύ περισσότερο σε επιπωματικό πλακούντα) δεν πρέπει να ακολουθείται διαδικασία πρόκλησης. Άλλες περιπτώσεις κατά τις οποίες η πρόκληση αντενδείκνυται είναι σε εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου, προηγηθείσα κλασική καισαρική τομή, ιστορικό εκπυρήνισης ινομυωμάτων μήτρας με συνοδό διάνοιξη της ενδομητρικής κοιλότητας, και σε ενεργό ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων. Η λύση εκλογής στις ανωτέρω καταστάσεις είναι η εκλεκτική καισαρική τομή.

Το ιστορικό χαμηλής εγκαρσίας καισαρικής τομής και η ισχιακή προβολή του εμβρύου δεν αποτελούν βιβλιογραφικά απόλυτες αντενδείξεις πρόκλησης. Ωστόσο, οι αυξημένοι κίνδυνοι που συνοδεύουν την όλη διαδικασία της πρόκλησης και του τοκετού αυτού καθ'εαυτού στις δύο αυτές περιπτώσεις, πρέπει να καθιστούν τον Μαιευτήρα – Γυναικολόγο ιδιαίτερα προσεκτικό και επιφυλακτικό.

Τι κάνω σε περίπτωση που μου προταθεί πρόκληση τοκετού;

Θα πρέπει να σας δοθεί ο απαραίτητος χρόνος να συζητήσετε για την περάτωση της εγκυμοσύνης σας με τον σύντροφο και την οικογένειά σας πριν πάρετε κάποια απόφαση. Ο ιατρός ή η μαία σας θα πρέπει να σας εξηγήσουν γιατί σας προτείνουν πρόκληση τοκετού. Πρέπει να σας μιλήσουν για τα πλεονεκτήματα αλλά και τους κινδύνους που προκύπτουν από αυτή τη διαδικασία, για τον τόπο και το χρόνο που προτείνουν να γίνει η πρόκληση, και για τις επιλογές αναλγησίας που θα έχετε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Επίσης θα πρέπει να σας αναλύσουν τι εναλλακτικές υπάρχουν σε περίπτωση που η πρόκληση τοκετού αποτύχει.

Ερωτήσεις που μπορεί να θελήσετε να κάνετε στον ιατρό ή τη μαία σας:

- Γιατί μου προτείνετε πρόκληση τοκετού;
- Ποια είναι τα πλεονεκτήματα;
- Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές (σε εμένα ή το μωρό μου) και πόσο πιθανό να συμβούν;
- Μπορεί η πρόκληση τοκετού να ξεκινήσει από το σπίτι;
- Σε τι διαφέρει η πρόκληση τοκετού από τον αυτόματο φυσικό τοκετό;
- Τι είδους αναλγησία θα είναι διαθέσιμη και πότε μπορώ να την πάρω;
- Τι θα συμβεί αν αρνηθώ να προχωρήσουμε με πρόκληση τοκετού;

Υπάρχει κάποιο τελευταίο βήμα για την αυτόματη έναρξη του τοκετού πριν την πρόκληση;

Πριν την τελική λήψη απόφασης για πρόκληση τοκετού, μπορεί να ακολουθηθεί η τακτική της προσπάθειας αποκόλλησης των εμβρυϊκών μεμβρανών. Κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης και αξιολόγησης του τραχήλου, ο γυναικολόγος ή η μαία σας, τοποθετούν ένα δάχτυλο μέσα στον τράχηλο και κάνοντας μια κυκλική και σαρωτική κίνηση, γίνεται προσπάθεια αποκόλλησης των μεμβρανών που περιβάλλουν το έμβρυο.

Η διαδικασία ενδέχεται να προκαλέσει δυσφορία, πόνο, ή ακόμη και αιμορραγία, όμως αυξάνει τις πιθανότητες για την αυτόματη έναρξη του τοκετού. Προσπάθεια για αποκόλληση των μεμβρανών θα πρέπει να γίνει κατά τις τελευταίες επισκέψεις σας στο γυναικολόγο, για την πρωτοτόκο μετά τις 38 εβδομάδες (μπορεί να πραγματοποιηθεί στις 38, 40 και 41 εβδομάδες), ενώ για τη δευτεροτόκο μετά τις 40 εβδομάδες κύησης.





Πώς ξεκινά η πρόκληση τοκετού;

Εφόσον έχετε συμφωνήσει με τον ιατρό σας ότι θα προχωρήσετε σε πρόκληση τοκετού, ιδανικά θα πρέπει να προσέλθετε σε οργανωμένο μαιευτικό κέντρο, όπου είναι διαθέσιμα τα κατάλληλα μέσα παρακολούθησης, αλλά και αντιμετώπισης των δυνητικών επιπλοκών της διαδικασίας (όπως η ανάγκη για επείγουσα καισαρική τομή). Πριν ξεκινήσει η πρόκληση, θα πρέπει να προσδιοριστούν η ακριβής ηλικία κύησης, το σχήμα και η προβολή του εμβρύου, να αξιολογηθεί και να καταγραφεί η κατάσταση του τραχήλου σας (Bishop score), αλλά και να πιστοποιηθεί ότι ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός είναι φυσιολογικός με βάση το καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας.

Τι συμβαίνει κατά την πρόκληση;

Θα σας χορηγηθούν φάρμακα τα οποία έχουν παρόμοια δράση με τις φυσικές ορμόνες οι οποίες ξεκινούν τον τοκετό. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται προσταγλανδίνες.

Η ενδοκολπική εφαρμογή προσταγλανδίνης E₂ (PGE₂, δινοπροστόνης) αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για πρόκληση τοκετού. Μπορεί να χορηγηθεί υπό τη μορφή κολπικής γέλης 2mg (στην Ελλάδα δεν κυκλοφορεί δινοπροστόνη σε μορφή κολπικής γέλης), κολπικού δισκίου 3mg, ή πεσσού ελεγχόμενης αποδέσμευσης 10mg, χωρίς να υπάρχει διαφορά μεταξύ τους ως προς το περιγεννητικό αποτέλεσμα. Η προσταγλανδίνη τοποθετείται συνήθως το πρωί, και συνιστάται ένας κύκλος ενδοκολπικής χορήγησης PGE₂ υπό τη μορφή κολπικής γέλης ή δισκίου, ακολουθούμενος από δεύτερο κύκλο 6 ώρες μετά τον πρώτο αν δεν έχει αρχίσει η διαδικασία του τοκετού (έως δύο κύκλοι το μέγιστο), είτε ένας κύκλος ενδοκολπικής χορήγησης PGE₂ υπό τη μορφή πεσσού ελεγχόμενης αποδέσμευσης (ένας κύκλος το μέγιστο εντός 24ώρου).

Μετά την ενδοκολπική τοποθέτηση PGE₂ και αφού ξεκινήσουν οι συστολές του μυομητρίου, θα πρέπει να παρακολουθείται το «καλώς έχειν» του εμβρύου μέσω συνεχούς καρδιοτοκογραφικής καταγραφής. Εάν το καρδιοτοκογράφημα αξιολογηθεί ως φυσιολογικό, η μαία σας μπορεί να υιοθετήσει την διαλείπουσα ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, εκτός κι αν συντρέχουν λόγοι πέραν της πρόκλησης που αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο οπότε επιβάλλεται συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση. Εάν επιστρέψετε σπίτι σας μετά τη χορήγηση προσταγλανδινών θα πρέπει να επικοινωνήσετε με τον ιατρό ή τη μαία σας μετά από 6 ώρες στην περίπτωση που οι συστολές δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη, ή μόλις αντιληφθείτε ότι ξεκίνησαν.

Η αμνιοτομή είναι μια μέθοδος πρόκλησης τοκετού κατά την οποία ο ιατρός προκαλεί τεχνητή ρήξη των υμένων. Η αμνιοτομή μόνη ή σε συνδυασμό με ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης, δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται ως αρχική προσέγγιση για πρόκληση τοκετού, εκτός κι αν υφίστανται ιδιαίτερες κλινικές ενδείξεις περί της μη τοποθέτησης ενδοκολπικά PGE₂ (όπως πολύ συχνές ή παρατεταμένες συστολές).

Ο τοκετός μετά από πρόκληση χαρακτηρίζεται συνήθως ως περισσότερο επώδυνη διαδικασία, που απαιτεί χορήγηση αναλγησίας (από απλή αναλγητική αγωγή, έως συνήθως επισκληρίδιο αναλγησία). Μπορείτε να εφαρμόσετε τεχνικές ανακούφισης από τον πόνο που έχετε μάθει, ή ακόμη και να δοκιμάσετε τον τοκετό στο νερό, καθότι αυτό το είδος τοκετού φαίνεται να προσφέρει ικανοποιητική ανακούφιση.

Εάν η διαδικασία του τοκετού δεν έχει αρχίσει, θα πρέπει να επανεκτιμηθεί το Bishop score στις 6 ώρες από την ενδοκολπική τοποθέτηση του δισκίου δινοπροστόνης, ή στις 24 ώρες από την



εφαρμογή πεσσού ελεγχόμενης αποδέσμευσης, ώστε να αξιολογηθεί η ενδεχόμενη πρόοδος στο βαθμό ωρίμανσης του τραχήλου.

Και σε περίπτωση που η πρόκληση τοκετού αποτύχει;

Εκτιμάται ότι σε ποσοστό 15% των προκλήσεων επί ανώριμου τραχήλου, επισυμβαίνει αποτυχία έναρξης τοκετού. Εάν η προσπάθεια για πρόκληση τοκετού αποτύχει, θα πρέπει να συζητήσετε με τον ιατρό ή τη μαία σας και οι δυνητικές επιλογές να συνεκτιμηθούν μαζί με τις προτιμήσεις σας, την κλινική κατάσταση τόσο τη δική σας όσο και του μωρού, αλλά και τις αρχικές ενδείξεις που οδήγησαν στην απόφαση για περάτωση της κύησης.

Οι επιλογές που υπάρχουν είναι είτε περαιτέρω προσπάθεια πρόκλησης τοκετού στον ίδιο (με αμνιοτομή και ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης) ή δεύτερο χρόνο (τα χρονικά περιθώρια εξατομικεύονται ανάλογα με την κατάσταση της επιτόκου και τις μαιευτικές ενδείξεις), είτε διενέργεια καισαρικής τομής.

Ποιες είναι οι πιθανές επιπλοκές από μια πρόκληση τοκετού;

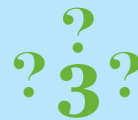
Η σημαντικότερη είναι υπερδιεγερσιμότητα του μυομητρίου με ταχυσυστολία. Σε περιπτώσεις όπου η πρόκληση τοκετού επιπλέκεται από υπερδιέγερση του μυομητρίου με εκδήλωση ταχυσυστολίας θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο χορήγησης τοκόλυσης (τερβουταλίνη 250mcg ενδοφλεβίως ή υποδοριώς). Αποτυχία ικανοποιητικής αντιμετώπισης αυτής της επιπλοκής, μπορεί να οδηγήσει σε εκδήλωση αλλοιώσεων του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού και επακόλουθη εμβρυϊκή υποξία, γεγονός που μπορεί να καταστήσει επιτακτική την ανάγκη επείγουσας καισαρικής τομής.

Άλλες σπανιότερες επιπλοκές είναι η πρόπτωση ομφαλίδας και η ρήξη της μήτρας. Προκειμένου να ελαττωθεί η πιθανότητα πρόπτωσης της ομφαλίδας, θεωρείται βασική προϋπόθεση πριν την αμνιοτομή, ο κλινικός προσδιορισμός του σχήματος και της προβολής, ο αποκλεισμός παρουσίας σφύζουσας μάζας κατά τη γυναικολογική εξέταση, και η αποφυγή αμνιοτομής αν η εμβρυϊκή κεφαλή είναι ανεμπέδωτη και πολύ ψηλά. Η αντιμετώπιση και στις δύο περιπτώσεις γίνεται με επείγουσα καισαρική τομή.

Λαμβάνοντας την απόφαση

Κοινή λήψη απόφασης

Αν σας έχει ζητηθεί να κάνετε κάποια επιλογή θα έχετε πιθανότατα πολλές απορίες. Συζητήστε τις σκέψεις σας με οικογένεια και φίλους. Καταγράψτε τους ενδοιασμούς σας και φέρτε τη λίστα στο ραντεβού σας.



Κάντε τις 3 ερωτήσεις

Βεβαιωθείτε ότι θα πάρετε ικανοποιητικές απαντήσεις σε 3 βασικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι επιλογές μου;
2. Ποια τα υπέρ και τα κατά της κάθε επιλογής για μένα;
3. Ποιος/ποιοι με στηρίζουν στη λήψη της απόφασης;

