



Πρόωρη ρήξη υμένων

Ορισμοί και ταξινόμηση

Ως πρόωρη ρήξη υμένων (PROM-Premature Rupture of Membranes) ορίζεται η αυτόματη ρήξη των εμβρυικών μεμβρανών πριν από την έναρξη του τοκετού.

Αν η ρήξη συμβαίνει πριν την 37η εβδομάδα της κύησης τότε ορίζεται ως Πρώιμη πρόωρη ρήξη μεμβρανών (Preterm Premature Rupture of Membranes).

Η προ του τέρματος ΠΡΥ συμβαίνει σε 2-3% των κύησεων και ευθύνεται για το ένα τρίτο περίπου των πρόωρων τοκετών.

Αιτιολογία

Η ενδοαμνιακή φλεγμονή έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την Πρώιμη πρόωρη ρήξη υμένων. Επίσης άλλοι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι αιμορραγίες του δεύτερου και τρίτου τριμήνου, ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος (τιμές BMI κάτω από 19.8), διατροφικές ελλείψεις σε χαλκό και ασκορβικό οξύ, νόσοι του συνδετικού ιστού (όπως για παράδειγμα το σύνδρομο Ehlers-Danlos), το κάπνισμα στη μητέρα, πνευμονική νόσος στην κύηση, κωνοειδής εκτομή τραχήλου ή περιέδεση τραχήλου και η αμνιοπαρακέντηση.

Η πιθανότητα υποτροπής της ΠΠΡΥ είναι μεταξύ 16% και 32% .

Νοσηρότητα-Θνησιμότητα

Χοριοαμνιονίτιδα

Η κλινική χοριοαμνιονίτιδα παρουσιάζεται στο 1-2% των εγκύων με ΠΡΥ κατά την εισαγωγή τους, ενώ εμφανίζεται σε 3-8% μετά την εισαγωγή τους. Οι θετικές καλλιέργειες αμνιακού υγρού σε εγκύους που δεν έχουν σημεία τοκετού είναι 25- 40%. Τα πιο συνηθισμένα μικρόβια που σχετίζονται με ΠΡΥ είναι: E. Coli, GBS, U.Urealyticum, G. vaginalis.

Στις γυναίκες με ΠΠΡΥ η κλινικά εμφανής ενδοαμνιακή λοίμωξη είναι σε ποσοστό 13%-60% και η επιλόχειος λοίμωξη είναι 2-13%. Η επίπτωση αυτών των καταστάσεων αυξάνει όσο μικρότερη είναι η ηλικία κύησης που συμβαίνει η ΠΠΡΥ και όσο αυξάνει ο αριθμός των δακτυλικών κολπικών εξετάσεων.

Νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα του νεογνού αυξάνουν επίσης. Η πιο συχνή συνέπεια είναι σε όλες τις ηλικίες κύησης, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρεια.

Άλλες σοβαρές επιπλοκές είναι οι νεογνικές λοιμώξεις, η ενδοκοιλιακή αιμορραγία και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα. Επίσης η ΠΠΡΥ και η ενδομήτρια φλεγμονή έχουν



συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο νευροαναπτυξιακής καθυστέρησης. Θετικές καλλιέργειες αμνιακού υγρού αυξάνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, νεογνικής σήψης, συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρεια, χρόνιας πνευμονικής νόσου, περικοιλιακής λευκομαλακίας, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και εγκεφαλικής παράλυσης. Στις περιπτώσεις ΠΠΡΥ αυξάνει και η ανώμαλη προβολή του εμβρύου. Το ποσοστό της εμβρυικής απώλειας μετά από ΠΠΡΥ είναι 1-2%. Η επιβίωση του εμβρύου μετά από ΠΡΥ σε ηλικία κύησης 24 με 26 εβδομάδες είναι περίπου 57%. Το ποσοστό αυτό πέφτει στο 21% με συντηρητική αντιμετώπιση αν η ΠΡΥ συμβεί πριν την ηλικία βιωσιμότητας. Η αυξημένη εμβρυική θνησιμότητα σε μικρές ηλικίες κύησης έχει αποδοθεί στην αυξημένη πιθανότητα συμπίεσης του ομφάλιου λώρου αλλά και στην υποξία του εμβρύου και την ενδομήτρια λοίμωξη. Η θανατηφόρος πνευμονικής υποπλασία σπάνια συμβαίνει σε ΠΠΡΥ μετά την 24 εβδομάδα. Η μακροχρόνια επίσης παρουσία ολιγαμνίου έχει ως αποτέλεσμα την παρουσία ενδομήτριων παραμορφώσεων του εμβρύου (τόσο του προσώπου όσο και των άκρων).

Μητρική νοσηρότητα

Επίσης μητρικές επιπλοκές που συμβαίνουν κατά την ΠΡΥ που γίνεται πριν την επίτευξη βιωσιμότητας του εμβρύου είναι η ενδομήτριος λοίμωξη, η αποκόλληση του πλακούντα και η κατακράτηση πλακούντα. Αποκόλληση του πλακούντα συμβαίνει σε ποσοστό 4-12%. Και η αποκόλληση πλακούντα συμβαίνει συχνότερα όσο νωρίτερα στην κύηση συμβεί η ΠΡΥ.

Η ΠΡΥ σχετίζεται επίσης με υμενώδη έκχυση ομφαλίδας και συμφυτικό πλακούντα, καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν την πιθανότητα αιμορραγίας πριν και κατά το τοκετό.

Στις συνέπειες της ΠΡΥ συμπεριλαμβάνεται και η αυξημένη πιθανότητα επεμβατικού τοκετού, καισαρικής τομής με τη συνακόλουθη μητρική νοσηρότητα. Επίσης σήψη της μητέρας συμβαίνει σε 1% περίπου ενώ σπάνια έχουν αναφερθεί και μητρικοί θάνατοι.

Διαγνωση-Ιστορικό: η έγκυος αναφέρει απώλεια υγρών από τον κόλπο Γυναικολογική εξέταση με κολποδιαστολέα: φαίνεται εκροή αμνιακού υγρού από το τραχηλικό στόμιο ή συγκέντρωση υγρού στον οπίσθιο κολπικό θόλο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2) (Βαθμίδα Σύστασης Β). Η παραπάνω δοκιμασία μπορεί να ενισχυθεί με χειρισμούς που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση της εγκύου (όπως πχ αν της ζητηθεί να βήξει). Αν δεν ανευρίσκεται υγρό στον οπίσθιο κολπικό θόλο μπορεί να επαναληφθεί η εξέταση μετά από τουλάχιστον 20 λεπτά και αφού η έγκυος έχει παραμείνει σε ημικαθιστή θέση (κλίση άνω μέρους σώματος περίπου 45 μοίρες). Επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με χρήση Δείκτη Χαρτιού Ηλιοτροπίου το οποίο κατά την επαφή του με το αμνιακό υγρό εμφανίζει αλλαγή του χρώματός του.



Επίσης στο αμνιακό υγρό μπορεί να ανιχνευθεί εμβρυικό lanugo hair, η εμβρυικά επιθηλιακά κύτταρα με χρώση Nile blue.

Αν η διάγνωση είναι αμφίβολη, βοηθάει η τεχνική έγχυσης διακοιλιακά υπό την καθοδήγηση υπερήχου indigo carmine (διαλύοντας 1 ml της ουσίας σε 9 ml φυσιολογικού ορού) και παρακολούθηση της εξόδου της χρωστικής από τον κόλπο. Χρήση σερβιέτας που επιβεβαιώνει την απώλεια αμνιακού υγρού (pad test). Η χρήση υπερηχογραφήματος δεν είναι διαγνωστική πρόωρης ρήξης μεμβρανών.

Αρχική αντιμετώπιση

Ανεξάρτητα από την μαιευτική αντιμετώπιση ή την κλινική εικόνα, ο τοκετός εντός μιας εβδομάδας είναι το πιθανότερο αποτέλεσμα σε ασθενείς με ΠΠΡΥ, αν δεν υπάρχει περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης έχει βρεθεί ότι όσο νωρίτερα στην κύηση συμβεί η ΠΠΡΥ τόσο μεγαλύτερη είναι και η λανθάνουσα περίοδος μέχρι τον τοκετό.

Απόφαση για εισαγωγή της εγκύου σε κάθε περίπτωση.

Κατάκλιση-περιορισμός των μετακινήσεων της εγκύου.

Λήψη ιστορικού: Κατά την λήψη ιστορικού έχει σημασία η εστιασμένη λήψη πληροφοριών σχετικά με το χρόνο ρήξης των εμβρυικών μεμβρανών, την ποσότητα αμνιακού υγρού που έχει χαθεί συνολικά και την ύπαρξη άλλων συμπτωμάτων (πχ ωδίνες ή πυρετού).

Κλινική εξέταση

Ζωτικά σημεία: Αρτηριακή πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία ανά 4 έως 8 ώρες. Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων είναι σημαντικός για την έγκαιρη διάγνωση χοριοαμνιονίτιδας (πυρετός, ταχυκαρδία > 100 παλμοί ανά λεπτό). Εξέταση κοιλίας: χειρισμοί Λεοπόλδου για καθορισμό ύψους πυθμένα μήτρας, σχήματος και προβολής εμβρύου, ευαισθησία μήτρας, ύπαρξη μυομητρικής δραστηριότητας

Εξέταση με μητροσκόπιο (εκτίμηση απώλειας αμνιακού υγρού και παρουσίας αμνιακού στον οπίσθιο κολπικό θόλο). Η χρήση δείκτη χάρτου ηλιοτροπίου μπορεί να είναι επιβεβαιωτική ότι το υγρό που φαίνεται είναι αμνιακό. Το pH των κολπικών εκκρίσεων είναι 4,5-6 ενώ του αμνιακού υγρού είναι 7.1-7.3. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα μπορούν να προκύψουν από την παρουσία αίματος ή σπέρματος, ούρων, αλκαλικών αντισηπτικών ή βακτηριακής κολπίτιδας. Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να προκύψουν από την παρουσία παρατεταμένης ρήξης των υμένων και ελάχιστης ποσότητας αμνιακού υγρού.

Το αμνιακό υγρό επίσης είναι δυνατόν να ανιχνευθεί λόγω της κρυστάλλωσης που εμφανίζει στην μικροσκοπική εξέταση (ferning) (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2). Η εξέταση με μητροσκόπιο υπό άσηπτες κατά το δυνατό συνθήκες είναι ουσιώδους σημασίας. Εκτιμάται η παρουσία ή όχι τραχηλίτιδας και πρόπτωσης του ομφαλίου λώρου, η παρουσία διαστολής και εξάλειψης του τραχήλου. Παράλληλα λαμβάνονται



καλλιέργειες κολπικού υγρού για χλαμύδια, γονόκοκκο και στρεπτόκοκκο ομάδας Β σε περίπτωση που επίκειται πρόωρος τοκετός. Η δακτυλική εξέταση πρέπει να αποφεύγεται ειδικά σε πρώιμη πρόωρη ρήξη υμένων με στόχο τον περιορισμό λοιμώξεων και αποφυγής επιτάχυνσης του τοκετού (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2) (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Η ευαισθησία του τεστ Νιτραζίνης είναι περίπου 90% όπως και του τεστ κρυστάλλωσης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2).

Το ποσοστό ψευδώς θετικών του Τεστ Νιτραζίνης είναι 17% ενώ του τεστ κρυστάλλωσης είναι 6% (λόγω της ανάμειξης με τραχηλική βλέννα) (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2). Τα ποσοστά των ψευδώς αρνητικών των παραπάνω τεστ είναι 10 και 13% αντίστοιχα.

Παρακλινικός έλεγχος

Δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με την ιδανική συχνότητα που πρέπει να επαναλαμβάνεται ο παρακλινικός έλεγχος στην περίπτωση ΠΠΡΥ.

Εργαστηριακές εξετάσεις: πρέπει να σταλούν άμεσα Γενικά αίματος (έλεγχος αιματοκρίτη, λευκοκυττάρωσης), CRP. Γενική και καλλιέργεια ούρων. Καλλιέργεια κολπικού υγρού.

Η εβδομαδιαία επανάληψη των εξετάσεων αυτών δεν είναι αναγκαία γιατί η ευαισθησία τους στην διάγνωση ενδομήτριας λοίμωξης είναι μικρή (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-1).

Υπερηχογράφημα κύησης: Υπολογισμός εβδομάδας κύησης, μέτρηση ποσότητας αμνιακού υγρού που έχει απομείνει. Η ύπαρξη μικρής ποσότητας αμνιακού υγρού – AFI < 5 ή θύλακος με μέγιστη κάθετη διάμετρο < 2 εκατοστά) έχει συσχετισθεί με βραχύτερη λανθάνουσα περίοδο για τη έναρξη του τοκετού και αυξημένο κίνδυνο νεογνικής νοσηρότητας όπως αναπνευστικής δυσχέρειας αλλά όχι αυξημένη επίπτωση μητρικής ή νεογνικής λοίμωξης. Επίσης εκτίμηση για αποκόλληση πλακούντα ή ενδείξεις εμβρυϊκής δυσχέρειας οπότε και πρέπει να υπάρξει άμεσος τοκετός.

Συνεχής καρδιοτοκογραφικός έλεγχος εμβρύου (Βαθμίδα Σύστασης Β) και εκτίμηση του βιοφυσικού του προφίλ. Σε ότι αφορά το Βιοφυσικό προφίλ έχει βρεθεί συσχέτιση χαμηλής βαθμολογίας του βιοφυσικού προφίλ (< 6) 24 ώρες πριν τον τοκετό με παρουσία περιγεννητικής λοίμωξης. Δεν υπάρχουν όμως τυχαίοποιημένες μελέτες που να υποδεικνύουν ότι η έκβαση της κύησης βελτιώνεται με τη χρήση συχνών βιοφυσικών προφίλ ή εξέτασης με Doppler (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Επίσης δεν υπάρχει επαρκής απόδειξη για την χρήση αμνιοπαρακέντησης για την διάγνωση ενδομήτριας λοίμωξης (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Οριστική αντιμετώπιση

Εξαρτάται από:

1. Την ηλικία κύησης



2. Την κατάσταση της μητέρας (ύπαρξη χοριοαμνιονίτιδας ή όχι)
3. Την κατάσταση του εμβρύου
4. Την έναρξη ή όχι τοκετού

Ηλικία κύησης >34 εβδομάδες

Αυτόματη έναρξη τοκετού σε ποσοστό >80% εντός 24 ωρών

Μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με αναμονή έως και 48 ώρες. Σε περιπτώσεις μεταξύ 34 και 37 εβδομάδων η αντιμετώπιση είναι αμφισβητούμενη σε ότι αφορά στην συντηρητική αντιμετώπιση ή την πρόκληση τοκετού. Η συντηρητική αντιμετώπιση φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση χοριοαμνιονίτιδας (ιδιαίτερα αν μεσολαβήσουν από την ρήξη των υμένων μέχρι τον τοκετό πάνω από 32 ώρες) και αυξημένο χρόνο νοσηλείας. Το νεογνικό αποτέλεσμα δεν φαίνεται να διαφοροποιείται σημαντικά.

Εναλλακτικά προτείνεται η άμεση πρόκληση τοκετού (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-2) (Βαθμίδα Σύστασης B).

Η άμεση πρόκληση τοκετού είναι επιβεβλημένη όταν υπάρχουν οι παρακάτω ενδείξεις: Χοριοαμνιονίτιδα, Εμβρυική δυσχέρεια (καρδιοτοκογράφημα μη καθησυχαστικό, βιοφυσικό προφίλ με βαθμολογία <6)

Διαστολή τραχήλου >3 εκατοστά ή βαθμολογία τραχήλου κατά Bishop>6

Καλλιέργεια κολπικού υγρού θετική για Στρεπτόκοκκο ομάδας B Προφύλαξη με αντιβίωση πρέπει να δίνεται ιδανικά 4 ώρες πριν το τοκετό.

Κεγχρωσμένο αμνιακό υγρό

Παθολογικές καταστάσεις εγκύου που επιβαρύνονται από την καθυστέρηση του τοκετού

Προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή συστήνεται σε λοίμωξη με Στρεπτόκοκκο Ομάδας B και σε αποπεράτωση του τοκετού με Καισαρική τομή.

Οι ίδιες αρχές πρόκλησης τοκετού ισχύουν και σε μικρότερες ηλικίες κύησης (32-33 εβδομάδες) αν έχει τεκμηριωθεί η πνευμονική ωριμότητα (Βαθμίδα Σύστασης B).

Ηλικία κύησης 24 με 34 εβδομάδων

Η προωρότητα σχετίζεται με αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Γίνεται λοιπόν προσπάθεια παράτασης της κύησης εφόσον η κατάσταση της μητέρας και του εμβρύου επιτρέπουν την ασφαλή παράταση της κύησης με στόχο τον τοκετό στις 34 εβδομάδες (Βαθμίδα Σύστασης A).

Παρακολούθηση του εμβρύου:

1. Καθημερινά καρδιοτοκογράφημα. Αν το καρδιοτοκογράφημα δεν είναι καθησυχαστικό διενέργεια βιοφυσικού προφίλ. Ανάδειξη εμβρυικής δυσχέρειας (ταχυκαρδία >160 σφύξεις ανά λεπτό, βαθμολογία βιοφυσικού προφίλ <6, σημαντική ελάττωση αμνιακού υγρού, απουσία εμβρυικών κινήσεων)
2. Υπερηχογραφικός έλεγχος ανάπτυξης εμβρύου ανά 10 ημέρες έως 2 εβδομάδες



3. Παρακολούθηση ζωτικών εγκύου ανά 8ωρο (θερμοκρασία και σφύξεις)
4. Εργαστηριακός έλεγχος εγκύου (Γενική αίματος για έλεγχο των λευκών αιμοσφαιρίων και μέτρηση CRP)
5. Καλλιέργεια κολπικού υγρού ανά εβδομάδα.
6. Έλεγχος κλινικών σημείων χοριοαμνιονιτίδας (δύσοσμο αμνιακό υγρό, ευαισθησία μήτρας, μητρική ή εμβρυϊκή ταχυκαρδία)

Αντιμετώπιση

1. Χορήγηση κορτικοστεροειδών άμεσα (12 mg Βηταμεθαζόνης ενδομυϊκά και επανάληψη της ίδιας δόσης σε 24 ώρες ή δεξαμεθαζόνης 6mg τέσσερις δόσεις ανά 6ωρο ενδομυϊκά). Μπορεί να χορηγηθεί και δεύτερος κύκλος βηταμεθαζόνης μετά από 3 εβδομάδες.

Η χρήση των κορτικοστεροειδών (όταν δεν υπάρχει ενδομήτριος λοίμωξη) έχει φανεί ότι μειώνει τον κίνδυνο συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού, ενδοκοιλιακής αιμορραγίας και νεκρωτικής εντεροκολίτιδας καθώς και περιγεννητικής θνησιμότητας, χωρίς να αυξάνουν τον κίνδυνο μητρικής ή εμβρυϊκής λοίμωξης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης I).

2. Προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών με σκοπό την επιμήκυνση της λανθάνουσας φάσης και την μείωση του κινδύνου λοίμωξης και νεογνικής νοσηρότητας που σχετίζεται με την προωρότητα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης I) (Βαθμίδα Σύστασης A).

Ερυθρομυκίνη 500mg x4 από το στόμα για 10 ημέρες

Η χορήγηση Αμοξικιλίνης και κλαβουλανικού οξέως πρέπει να αποφεύγεται γιατί αυξάνει τον κίνδυνο νεκρωτικής εντεροκολίτιδας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης I).

Αμπικιλίνη 2 gr x 4 ενδοφλεβίως και Ερυθρομυκίνη 250mg x 4 ενδοφλεβίως για 2 ημέρες και συνέχιση από του στόματος των ίδιων φαρμάκων και στις ίδιες δοσολογίες για ακόμη 5 ημέρες (έχει φανεί ότι μειώνει τον κίνδυνο χοριοαμνιονιτίδας και τοκετού για 3 εβδομάδες καθώς και τον κίνδυνο νεογνικής θνησιμότητας ή και νοσηρότητας όπως σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, πρώιμη σήψη, σοβαρή ενδοκοιλιακή αιμορραγία ή σοβαρή νεκρωτική εντεροκολίτιδα) (Βαθμίδα Σύστασης A).

Η χορήγηση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής με σκοπό την παράταση της λανθάνουσας φάσης σε ΠΠΥΥ πρέπει να διακριθεί από την χορήγηση προφυλακτικής αντιβιοτικής αγωγής που δίνεται σε περιπτώσεις που η μητέρα έχει μόλυνση από Στρεπτόκοκκο ομάδας Β. Η μητέρες που είναι φορείς του Στρεπτόκοκκου ομάδας Β ή η κατάσταση φορείας τους δεν είναι γνωστή κατά τον τοκετό θα πρέπει να λαμβάνουν προφύλαξη κατά τον τοκετό ανεξάρτητα από την αντιβιοτική αγωγή που ήδη είχαν λάβει (Βαθμίδα Σύστασης A).

3. Η πρόωρη ρήξη υμένων αποτελεί αντένδειξη για τοκόλυση (Βαθμίδα Σύστασης A). Μπορεί να χορηγηθεί μόνο εφόσον χορηγείται αντιβιοτική αγωγή για σύντομο χρονικό διάστημα (<24 ώρες) ώστε να προλάβουν να δράσουν τα χορηγηθέντα



κορτικοστεροειδή (ώστε να ενισχυθεί ή πνευμονική ωριμότητα του νεογνού) ή να προλάβει να διακομισθεί ή έγκυος σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο που διαθέτει μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών. Η χρήση τοκολυτικών από την άλλη πλευρά δεν έχει φανεί να παρατείνει την λανθάνουσα περίοδο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-1).

4. Η συντηρητική αντιμετώπιση εγκύων γυναικών με ΠΠΡΥ και βιώσιμο έμβρυο στο σπίτι, δεν έχει τεκμηριωθεί από μεγάλες μελέτες (Βαθμίδα Σύστασης Γ). Τα αποτελέσματα είναι τα ίδια σε ότι αφορά στην λανθάνουσα φάση μέχρι τον τοκετό και την ηλικία κύησης που συμβαίνει ο τοκετός τόσο στην αντιμετώπιση της εγκύου στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο ποσοστό χοριοαμνιονιτίτιδας, συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας ή νεογνικής σήψης. Η αντιμετώπιση γυναικών με ΠΠΡΥ πρέπει να εξατομικεύεται, αλλά οι αρχικές 48 ώρες παρακολούθησης πρέπει να είναι στο νοσοκομείο.

5. Σε περίπτωση ύπαρξης περιδέσης τραχήλου που επιπλέκεται από ΠΡΥ ή ΠΠΡΥ, η παραμονή της περιδέσης σχετίζεται με τάση αύξησης των μητρικών λοιμώξεων και μόνο σύντομη παράταση της κύησης. Τα αποτελέσματα από άλλες μελέτες είναι αντικρουόμενα σε ότι αφορά στο όφελος από την παραμονή ή την αφαίρεση της περιδέσης του τραχήλου και δεν υπάρχει σαφής οδηγία σχετικά, με το χρόνο αφαίρεσης της περιδέσης ενώ η παραμονή της περιδέσης δεν φαίνεται να βελτιώνει τον νεογνικό αποτέλεσμα.

6. Σε περίπτωση που η μητέρα έχει ερπητική λοίμωξη, η πιθανότητα μετάδοσης της νόσου στο νεογνό κατά τον τοκετό είναι σε περίπτωση πρωτολοίμωξης της μητέρας 34-80%, ενώ σε δευτεροπαθή λοίμωξη 1-5%. Η πιθανότητα νεογνικής λοίμωξης αυξάνει όταν η λανθάνουσα περίοδος μετά τη ρήξη υμένων είναι πάνω από 4-6 ώρες. Πάντως οι συνέπειες της προωρότητας πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη σε σχέση με τους κινδύνους από την ερπητική λοίμωξη σε περίπτωση συντηρητικής αντιμετώπισης του περιστατικού ιδιαίτερα αν η λοίμωξη δεν είναι πρωτολοίμωξη αλλά υποτροπή. Επίσης η συντηρητική θεραπεία μπορεί να συνοδεύεται από αγωγή με αντιική αγωγή όπως ακυκλοβίρη.

7. Αμνιοέγχυση κατά τον τοκετό σε γυναίκες με ΠΠΡΥ προς αποφυγή συμπίεσης του ομφάλιου λώρου δεν συνιστάται, αφού αυτή η πρακτική δεν έχει βρεθεί να σχετίζεται με ελαττωμένο ποσοστό καισαρικών τομών, χαμηλού Apgar score του νεογνού και νεογνικών θανάτων (Επίπεδο Τεκμηρίωσης I) (Βαθμίδα Σύστασης Α). Σε περίπτωση πολύ πρόωρης ΠΡΥ επίσης δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση διενέργειας αμνιοέγχυσης ως μέθοδος πρόληψης πνευμονικής υποπλασίας (Βαθμίδα Σύστασης Β) αν και η εβδομαδιαία ενδοαμνιακή έγχυση 150-350 ml έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης II-1).

8. Τέλος δεν υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση ώστε να συστήνονται στεγανοποίηση ινικής (με amniopatch) ως θεραπεία ρουτίνας σε περιπτώσεις ολιγαμνίου δευτέρου τριμήνου λόγω ΠΠΡΥ (Βαθμίδα Σύστασης Β).



Η συντηρητική αντιμετώπιση συνεχίζεται μέχρι

- την επίτευξη πνευμονικής ωριμότητας ή
- την έναρξη τοκετού
- την εμφάνιση χοριοαμνιονίτιδας
- την εμφάνιση εμβρυικής δυσχέρειας

Ηλικία κύησης <24 εβδομάδες

Το ποσοστό της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι υψηλό λόγω της προωρότητας. Αυτό θα πρέπει να το γνωρίζουν οι γονείς. Στην πληροφόρηση που θα λάβουν οι γονείς θα πρέπει να ενημερωθούν ότι:

- το όριο βιωσιμότητας του εμβρύου είναι οι 24 εβδομάδες κύησης. Τοκετό πριν από αυτή την ηλικία κύησης οδηγεί συνήθως σε θάνατο του νεογνού.
- Η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας των νεογνών που γεννιούνται πριν την 24 εβδομάδα κύησης που έχει επιπλεχθεί από πρόωμη πρόωρη ρήξη υμένων είναι εκτός από την προωρότητα και ανωριμότητα του εμβρύου αυτή καθαυτή, οι λοιμώξεις και η πνευμονική υποπλασία του εμβρύου. Το ποσοστό της πνευμονικής υποπλασίας είναι περίπου 50% αν η ρήξη των μεμβρανών έχει συμβεί πριν τις 20 εβδομάδες κύησης.
- Η νοσηρότητα για τα νεογνά που επιβιώνουν είναι πολύ υψηλή και κυμαίνεται περίπου στο 40%.
- Η πρόγνωση επηρεάζεται από την ηλικία κύησης, από τη διάρκεια ρήξης των μεμβρανών και την βαρύτητα του ολιγαμνίου που προκύπτει.

Αντιμετώπιση:

Μετά από την αρχική αντιμετώπιση στο νοσοκομείο η γυναίκα μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά στο σπίτι της. Συστήνεται κατάκλιση με στόχο τη ναύση της πιθανότητας περιορισμού της απώλειας αμνιακού υγρού την αρχική περίοδο μετά από την ΠΠΡΥ.

Στη συνέχεια προτείνεται αποχή από τις σεξουαλικές επαφές

Περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας

Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της εγκύου.

Μετά την επίτευξη ηλικίας κύησης συμβατή με τη βιωσιμότητα του κήματος η ασθενής μπορεί να εισαχθεί εκ νέου για παρακολούθηση για λοίμωξη, αποκόλληση πλακούντα, τοκετό, και μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα

Η αντιμετώπιση της πρόωμης πρόωρης ρήξης μεμβρανών που συμβαίνει σε κύηση <24 εβδομάδων μπορεί να είναι ενεργητική ή συντηρητική.

Ενεργητική αντιμετώπιση με πρόκληση ή ενίσχυση τοκετού επιλέγεται στην περίπτωση

1. Έναρξης τοκετού
2. Χοριοαμνιονίτιδας



3. Αποκόλλησης πλακούντα
4. Επιθυμίας των γονέων για διακοπή της κύησης

Συντηρητική θεραπεία

1. Προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή με Ερυθρομυκίνη (ή άλλο αντιβιοτικό ανάλογα με τα αποτελέσματα της καλλιέργειας κολπικού υγρού)
2. Παρακολούθηση για αποκλεισμό χοριοαμνιονίτιδας :
Παρακολούθηση ζωτικών εγκύου: θερμοκρασίας, καρδιακού ρυθμού
Παρακολούθηση εμβρύου με καρδιοτοκογράφημα για την ανίχνευση εμβρυικής δυσχέρειας (μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα ή εμβρυική ταχυκαρδία >160 παλμοί ανά λεπτό)
Γενική αίματος και CRP
Ευαισθησία μήτρας
Δύσοσμο αμνιακό υγρό
Αμνιοπαρακέντηση για καλλιέργεια αμνιακού υγρού
3. Υπερηχογράφημα ανάπτυξης εμβρύου ανά 15 ημέρες με παράλληλη εκτίμηση του αμνιακού υγρού. Στόχος είναι η κύηση να φθάσει την 24 εβδομάδα (όριο βιωσιμότητας του εμβρύου) και στη συνέχεια ακολουθείται ο αλγόριθμός που αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο.
Η έγκυος μπορεί να παρακολουθηθεί για το υπόλοιπο της κύησης κατ οίκον

Επίπεδα Τεκμηρίωσης

- I** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη
- II-1** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον καλά σχεδιασμένη ελεγχόμενη μη τυχαιοποιημένη μελέτη
- II-2** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον άλλου τύπου καλά σχεδιασμένη εν μέρει πειραματική μελέτη
- III** Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από καλά σχεδιασμένες, μη πειραματικές, περιγραφικές μελέτες, όπως μελέτες σύγκρισης, συσχέτισης και σειρές περιπτώσεων.
Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών, ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών.

Βαθμίδες Σύστασης

- A** Απαιτεί τουλάχιστον μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη καλής ποιότητας και συνοχής που στηρίζει τη συγκεκριμένη σύσταση, επιπέδου τεκμηρίωσης I.
- B** Απαιτεί καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες, όχι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, επί του αντικειμένου της συστάσεως, επιπέδου τεκμηρίωσης II.



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Γ Απαιτεί τεκμηριωμένη γνώση προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών. Υποδεικνύει απουσία άμεσα διαθέσιμων κλινικών μελετών καλής ποιότητας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης III)

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή, τον Π. Μπελίτσο και τον Χ. Γρηγοριάδη.

Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Ιούνιος 2013.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ.: 2107774607 Fax: 2107774609.

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.