

Anafylaktoidní těhotenský syndrom

Jelšík I.¹, Branna T.², Štiglerová S.¹, Volná P.², Ožana M.², Kučera C.¹

¹Oddělení anesteziologie a resuscitace, Městská nemocnice Ostrava

²Oddělení gynekologie a porodnictví, Městská nemocnice Ostrava

Kazuistika popisuje klinický průběh a léčbu anafylaktoidního těhotenského syndromu (starší terminologie – embolie plodovou vodou) u doposud zdravé ženy. Jedná se o nebezpečnou peripartální komplikaci, která se obtížně diagnostikuje a zároveň je při její klinické manifestaci nutná rychlá a intenzivní terapie. V tomto případě zvláště závažné koagulopatie s rozvinutým krvácením do dutiny břišní, které ohrožovalo život rodičky, nebylo chirurgicky řešitelné, a proto bylo nutné podávat krevní přípravky a deriváty včetně opakovaného podání faktoru VIIa (NovoSeven).

Klíčová slova: anafylaktoidní těhotenský syndrom, koagulopatie, peripartální život ohrožující krvácení, embolie plodovou vodou.

Anaphylactoid syndrome of pregnancy

The case study describes the development and treatment of Anaphylactoid syndrome of pregnancy, also known as amniotic fluid embolism, in a healthy secundigravida during labour. Anaphylactoid syndrome of pregnancy is a life-threatening obstetric complication, which is very difficult to diagnose and which requires fast and intensive therapy. In this case, severe coagulopathy occurred, with life-threatening bleeding to the abdominal cavity. Unfortunately, the bleeding was not possible to resolve by surgery at that time, and it was necessary to give the patient repeated transfusions and the coagulation factor VIIa (NovoSeven).

Key words: anaphylactoid syndrome of pregnancy, coagulopathy, peripartum haemorrhage, amniotic fluid embolism.

Úvod

Anafylaktoidní těhotenský syndrom (dále ASP) neboli embolie plodovou vodou je vzácnou, nepředvídatelnou a jednou z nejzávažnějších porodnických komplikací s vysokou mateřskou mortalitou. Způsobuje ji průnik plodové vody či jejích složek do mateřského krevního oběhu v peripartálním období [1]. Plně rozvinutý ASP se vyskytuje u 1 z 800 až 1 z 80 000 těhotenství, v literatuře je také uváděn výskyt u 2–8 ze 100 000 těhotenství [2, 3]. Patofyziologie není zcela objasněna, ale předpokládá se kombinace mechanické obstrukce cév, zánětlivé odpovědi a hypersenzitivní imunologické reakce rodičky [4].

ASP vzniká poruchou uteroplacentární a amniální bariéry s následným průnikem amniální tekutiny do oběhu matky. Amniální tekutina obsahuje např. prostaglandiny, aktivátor komplementu či části fetálních tkání (epitelie, lanugo, mekonium apod.) [4, 5]. Tím dochází k částečné mechanické obstrukci cév a k masivní zánětlivé odpovědi. Pro změnu názvosloví svědčí i fakt, že fetální buňky byly nalezeny i v krevním řečišti fyziologických zdravých rodiček, u nichž nedošlo k žádné reakci či vzniku syndromu. Jedná se tedy spíše o anafylaktickou reakci na cizorodý materiál v řečišti matky než o samotnou embolii plodovou vodou. Po proniknutí amniální tekutiny do krevního řečiště dochází v plicích k vazokonstrikci vedoucí k akutní

dilataci pravostranných oddílů srdečních. Zvětšení objemu pravé komory a vyklenutí ventrikulárního septa může být natolik velké, že sníží systolickou funkci levé komory, navýší se plicní hypertenze, a to dále redukuje srdeční výdej. Hypoxie a hypotenze vedou k náhlému srdečnímu selhání. Zároveň cizorodý materiál v cévách aktivuje faktory koagulační kaskády. Samotné těhotenství je prokoagulační stav, u něhož jsou elevovány hodnoty koagulačních faktorů X, IX, VIII, von Willebrandova faktoru (VWF) a inhibitoru dráhy tkáňového faktoru (TFPI). Při ASP byla zaznamenána masivní aktivace zánětlivých cytokinů jako např. placentárního růstového faktoru (PLGF), tumor necrosis faktoru-alfa (TNF-alfa), interleukinů, fosfolipázy A a dalších. Plodová voda v mateřském oběhu aktivuje koagulační faktor III, stimuluje agregaci destiček, aktivuje faktor Xa. To vše vede k závažné koagulopatii až diseminované intravaskulární koagulopatii, která se objevuje až v 80 % případů. Amniální tekutina byla prokázána rovněž v cévách dělohy, což vysvětluje častý příznak ASP – hypotonii až atonii děložní, která dále prohlubuje možné krevní ztráty [5]. Mezi další faktory zvyšující riziko ASP patří: věk matky nad 35 let, multipara, poruchy placentace, polyhydramnion a operační porod (císařský řez, porod kleštěmi, vakuummextrakce) [2, 6].

Diagnostika je per exlusionem. Příznaky jsou různorodé a rozvíjejí se náhle. Nejčastěji se jedná o encefalopatii, dechovou tíseň, kardio-

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Ivo Jelšík, ivojelsik@seznam.cz

Článek přijat redakcí: 28. 11. 2022; Článek přijat k tisku: 5. 4. 2023

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2023;34(1):23-27