



Informacje dla Ciebie

Opublikowano we wrześniu 2018 roku

Łożysko przodujące, łożysko przyrośnięte oraz naczynia przodujące

Zawarte informacje

Informacje tu zawarte są przeznaczone dla ciebie, jeśli występuje u ciebie łożysko przodujące (nisko umiejscowione łożysko po 20 tygodniu ciąży) i/lub łożysko przyrośnięte (kiedy łożysko jest wrośnięte do mięśnia macicy). Znajdują się tu również informacje na temat naczyń przodujących. Informacje te mogą być również pomocne, jeśli jesteś partnerem/partnerką, krewnym/krewną lub przyjacielem/przyjaciółką osoby, która jest w takiej sytuacji.

Informacje tutaj zawarte mają na celu pomóc w lepszym zrozumieniu twojego stanu zdrowia oraz możliwości leczenia i opieki. Personel medyczny ma za zadanie wspierać cię w podjęciu najlepszej decyzji. Pomocna może okazać się rozmowa i udzielenie odpowiedzi na twoje pytania.

Kluczowe informacje

- Łożysko przodujące to stan, kiedy łożysko (popłód) jest zagnieżdżone w dolnej części macicy, czasami całkowicie pokrywając ujście wewnętrzne szyjki macicy.
- Może to spowodować obfite krwawienie w czasie ciąży lub podczas porodu.
- Jeśli stwierdzono u ciebie łożysko przodujące, istnieje prawdopodobieństwo, że będziesz musiała urodzić dziecko przez cesarskie cięcie.
- Łożysko przyrośnięte występuje rzadko, ale jest to poważne powikłanie, kiedy łożysko przywiera do mięśnia macicy i/lub narządów, które znajdują się w jej pobliżu, takich jak pęcherz moczowy. Występuje ono częściej, jeśli uprzednia ciąża zakończyła się rozwiązaniem za pomocą cięcia cesarskiego. Może ono wywołać obfite krwawienie podczas porodu.
- Naczynia przodujące to bardzo rzadkie powikłanie, kiedy niechronione przez pępowinę lub tkankę łożyska naczynia krwionośne przebiegające od dziecka do twojego łożyska przechodzą w pobliżu szyjki macicy. Jeśli dojdzie do pęknięcia tych naczyń, może to być bardzo niebezpieczne dla twojego dziecka.

W tej ulotce używamy terminów „kobieta” i „kobiety”. Jednakże nie tylko osoby identyfikujące się jako kobiety mogą uznać poniższe informacje za przydatne. Niezależnie od twojej tożsamości płciowej, świadczona dla ciebie opieka powinna być dopasowana do Twoich indywidualnych potrzeb.

Słownik terminów medycznych dostępny jest na stronie internetowej RCOG pod adresem:

<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/a-z-of-medical-terms/>.

Co to jest łożysko przodujące?

Podczas ciąży łożysko rozwija się razem z dzieckiem w twojej macicy. Jest ono przyczepione do ściany macicy i stanowi połączenie pomiędzy tobą i twoim dzieckiem. Poprzez łożysko przenoszone są tlen i składniki odżywcze z twojej krwi do krwi dziecka. Wydalenie łożyska następuje wkrótce po urodzeniu dziecka i jest czasem nazywane popłodem.

U niektórych kobiet łożysko jest przyczepione w dolnym odcinku macicy i może pokrywać część lub całość ujścia wewnętrznego szyjki macicy. W większości przypadków, kiedy macica powiększa się podczas ciąży, łożysko przesuwają się ku górze poza ujście na zewnątrz. Jednak u niektórych kobiet łożysko nadal pozostaje w dolnej części macicy w miarę trwania ciąży. Stan, kiedy nisko ułożone łożysko jest w odstępnie mniejszym niż 20 mm od szyjki macicy, nazywany jest łożyskiem nisko schodzącym, a kiedy łożysko całkowicie pokrywa ujście wewnętrzne szyjki macicy, mówimy o łożysku przodującym.

Łožysko przodujące zdarza się częściej, jeśli miałaś jeden lub więcej wcześniejszych porodów przez cesarskie cięcie, byłaś poddana leczeniu niepłodności w celu zajścia w ciążę lub jeśli palisz.



Jakie zagrożenia stwarza ten stan dla mnie i mojego dziecka?

Istnieje ryzyko, że może wystąpić u ciebie krwawienie z pochwy, szczególnie pod koniec ciąży, ponieważ łożysko jest umiejscowione w dolnym obszarze macicy. Krwawienie z powodu łożyska przodującego może być bardzo obfite, czasami może nawet zagrażać twojemu życiu oraz życiu twojego dziecka.

Być może będziesz musiała urodzić przezcesarskie cięcie, ponieważ łożysko może zablokować kanał rodny, uniemożliwiając poród drogą pochwową.

W jaki sposób przeprowadza się rozpoznanie łożyska przoduującego?

Podczas rutynowego badania USG w 20 tygodniu ciąży przeprowadza się kontrolę łożyska nisko schodzącego. Większość kobiet, które w 20 tygodniu ciąży mają łożysko nisko schodzące nie będzie go miała w późniejszym okresie ciąży. 9 z 10 kobiet, u których stwierdzono łożysko nisko schodzące podczas USG w 20 tygodniu, nie będzie go miała podczas badania kontrolnego, a średnio tylko 1 na 200 kobiet będzie miała łożysko przoduujące pod koniec ciąży. Jeśli urodziłaś wcześniej dziecko przez cesarskie cięcie, istnieje mniejsza szansa, że łożysko przemieści się ku górze.

Łožysko przoduujące jest diagnozowane przez wykonanie ultrasonografii przezpochwowej, (podczas której głowica aparatu jest delikatnie umieszczona w pochwie). Metoda ta jest bezpieczna dla ciebie i twojego dziecka i może być wykorzystana w końcowym okresie ciąży w celu dokładnego ustalenia położenia łożyska.

W przypadku krwawienia w drugiej połowie ciąży można podejrzewać występowanie łożyska przoduującego. Krwawienie spowodowane łożyskiem przoduującym jest zazwyczaj bezbolesne i może wystąpić po współżyciu.

Podejrzenie łożyska przoduującego może zaistnieć również w późniejszym okresie ciąży, jeśli dziecko jest ułożone w nietypowej pozycji, na przykład w położeniu pośladkowym (miednicowym) lub w poprzek (ułożenie poprzeczne).

Jakiej dodatkowej opieki okołoporodowej mogę oczekiwać, jeśli mam łożysko nisko schodzące?

Jeśli wykryto u ciebie łożysko nisko schodzące w badaniu ultrasonograficznym w 20 tygodniu ciąży, zostaniesz skierowana na kontrolne badanie USG w 32 tygodniu ciąży w celu potwierdzenia, czy łożysko pozostaje w niskim położeniu. Badanie to może obejmować USG przezpochwowe. Powinnaś otrzymać skierowanie na dalsze badanie ultrasonograficzne w 36 tygodniu ciąży, jeśli łożysko pozostaje w dolnym położeniu.

Podczas badania USG w 32 tygodniu ciąży może zostać zmierzona długość szyjki macicy w celu ustalenia, czy istnieje możliwość przedwczesnego porodu i zwiększone ryzyko krwawienia.

Jeśli występuje u ciebie łożysko przoduujące, istnieje większe ryzyko, że urodzisz dziecko przedwcześnie (przed upływem 37 tygodni), dlatego może zostać ci zaproponowana seria zastrzyków sterydowych pomiędzy 34 a 36 tygodniem ciąży, aby wspomóc rozwój dziecka. Sprawdź informację RCOG dla pacjenta Corticosteroids in pregnancy to reduce complications from being born prematurely (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Jeśli dojdzie do wczesnego porodu, możesz otrzymać rodzaj leku (tzw. tokoliza) który stosuje się, aby spróbować zatrzymać skurcze i umożliwić podanie leków sterydowych.

Dodatkowa opieka medyczna, w tym konieczność przyjęcia do szpitala, będzie zależeć od indywidualnych okoliczności. Nawet jeśli nie wystąpiły u ciebie wcześniej żadne objawy, istnieje niewielkie ryzyko, że wystąpi niespodziewane i obfite krwawienie, które może oznaczać nagłą konieczność wykonania cesarskiego cięcia.

Jeśli wiesz, że masz nisko schodzące łożysko, powinnaś natychmiast skontaktować się ze szpitalem, w przypadku gdy wystąpi u ciebie krwawienie z pochwy, skurcze lub ból. Jeśli doszło u ciebie do krwawienia, może zająć konieczność wykonania przez lekarza badania wziernikowego, w celu ustalenia, jak duża jest utrata krwi i skąd wypływa. Jest to bezpieczne badanie i zostaniesz przedtem poproszona o wyrażenie na nie zgody.

Powinnaś zadbać o siebie, aby uniknąć anemii podczas ciąży, poprzez stosowanie zdrowej diety

i przyjmowanie suplementów żelaza, jeśli specjalista opieki zdrowotnej tak zaleci. W czasie ciąży będzie kontrolowany u ciebie regularnie poziom hemoglobiny (który może wskazać na to, czy masz anemię).

W jaki sposób urodzę dziecko?

Pod koniec ciąży, jeśli potwierdzone zostanie u ciebie łożysko przodujące, będziesz miała okazję omówić z lekarzem specjalistą różne opcje porodu.

Personel opieki zdrowotnej omówi, jaki rodzaj porodu będzie najbezpieczniejszy, w oparciu o twój indywidualny przypadek.

Jeśli USG w 36 tygodniu wykazuje, że brzeg łożyska znajduje się bliżej niż 20 mm od ujścia kanału szyjki macicy, poród metodą cięcia cesarskiego będzie najbezpieczniejszą opcją. Jeśli łożysko znajduje się dalej niż 20 mm od szyjki macicy, będziesz mogła podjąć decyzję porodu drogą pochwową.

Poród metodą cięcia cesarskiego jest w tym przypadku zazwyczaj wykonywany pomiędzy 36 a 37 tygodniem ciąży, chyba że występuje silne lub nawracające krwawienie. Jeśli podczas ciąży wystąpiło krwawienie z pochwy, poród metodą cięcia cesarskiego może zostać wykonany wcześniej.

W przypadku porodu metodą cięcia cesarskiego, doświadczeni lekarz/lekarka ginekolog-położnik oraz anestezjolog będą obecni podczas procedury i powinnaś będziesz rodzić w szpitalu z wyposażeniem przystosowanym do opieki w wypadku silnego krwawienia. Jest to szczególnie ważne, jeśli rodziłaś wcześniej metodą cesarskiego cięcia.

Jeśli będziesz miała rodzić przez cesarskie cięcie lekarz/lekarska anestezjolog omówi różne metody znieczulenia.

Podczas porodu metodą cięcia cesarskiego może wystąpić silniejsze niż zazwyczaj krwawienie. Istnieje wiele różnych metod, które lekarze mogą zastosować, by zatrzymać krwawienie, ale jeśli utrzymuje się i nie można go kontrolować w inny sposób, może zająć konieczność przeprowadzenia histerotomii (operacji usunięcia macicy).

Jeśli wystąpiło u ciebie silne krwawienie przed planowaną datą porodu, lekarz może zaproponować wcześniejszą datę urodzenia dziecka.

Jeśli występuje u ciebie łożysko przodujące, istnieje większe prawdopodobieństwo, że konieczna będzie transfuzja krwi, szczególnie jeśli masz silne krwawienie. Podczas planowanego porodu przez cięcie cesarskie krew jest dostępna w razie potrzeby. Jeśli uważasz, że nie możesz zaakceptować transfuzji krwi, powinnaś wyjaśnić to personelowi opieki zdrowotnej tak szybko jak to możliwe w trakcie ciąży. Pozwoli to na uzyskanie odpowiedzi na wszelkie pytania i omówienie innych wariantów. Więcej informacji znajdziesz w ulotce dla pacjenta RCOGBlood transfusion, pregnancy and birth (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/blood-transfusion-pregnancy-and-birth-patient-information-leaflet/>).

Co to jest łożysko przyrośnięte?

Łožysko przyrośnięte to rzadkie (występujące u 1 na 300 do 1 na 2000 kobiet) powikłanie ciąży. Jest to stan, kiedy łożysko przyrasta do błony mięśnia macicy, co powoduje trudności podczas rodzenia łożyska.

Łožysko przyrośnięte występuje częściej u kobiet z łożyskiem przodującym, które w przeszłości miały jeden lub więcej porodów przez cesarskie cięcie, ale może także wystąpić, jeśli miałaś inne operacje macicy lub jeśli masz nieprawidłowości w macicy, takie jak włókniaki czy macicę dwurożną. Stan ten występuje częściej w starszym wieku (po 35 roku życia) lub jeśli byłaś leczona z powodu

bezpłodności, szczególnie jeśli byłaś poddana zapłodnieniu in vitro.

Podejrzanie łożyska przyrośniętego można oprzeć na wynikach badania USG, które jest wykonane podczas ciąży. Przy rozpoznaniu pomocne mogą być badania takie jak obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI), ale lekarz będzie w stanie potwierdzić występowanie tego stanu tylko podczas porodu przez cięcie cesarskie.

Jeśli masz łożysko przyrośnięte, może pojawić się krwawienie przy próbie urodzenia łożyska po wydaniu na świat dziecka. Krwawienie może być bardzo obfite i koniecznym może się okazać wykonanie histerotomii, by zatrzymać krwotok. Podczas rodzenia łożyska istnieje zagrożenie uszkodzenia pęcherza moczowego, na co wpływ mają indywidualne okoliczności.

Jeśli istnieje podejrzenie występowania łożyska przyrośniętego przed urodzeniem dziecka, lekarz omówi z tobą wszelkie opcje i jakiej dodatkowej opieki będziesz wymagać podczas porodu. W zależności od twojej indywidualnej sytuacji, urodzenie dziecka może zostać zaplanowane pomiędzy 35 a 37 tygodniem ciąży. Będziesz musiała urodzić dziecko w szpitalu ze specjalistycznym wyposażeniem i zespołem medycznym doświadczonym w opiece nad kobietami z tym stanem. Zespół opieki medycznej może omówić z tobą opcję planowanej procedury histerotomii podczas cesarskiego cięcia (usunięcia macicy, kiedy łożysko wciąż pozostaje na miejscu, zaraz po urodzeniu dziecka), jeżeli łożysko przyrośnięte zostało potwierdzone podczas porodu.

Czasem jest możliwe pozostawienie łożyska w macicy po urodzeniu dziecka, by pozwolić mu wchłonąć się w ciągu kilku tygodni czy miesięcy. Niestety, taka metoda często jest nieskuteczna i wiąże się z poważnymi powikłaniami takimi jak krwotok czy zakażenie. U wielu kobiet wciąż konieczne będzie wykonanie histerotomii.

Personel opieki zdrowotnej wyjaśni szczegółowy plan opieki nad tobą w oparciu o twój indywidualny przypadek.

Co to są naczynia przodujące?

Naczynia przodujące to bardzo rzadki stan, który występuje pomiędzy 1 na 1200 a 1 na 5000 ciąż. O naczyniach przodujących mówi się, kiedy naczynia krwionośne przebiegające od twojego dziecka do łożyska, niechronione przez tkankę łożyska lub pępowinę, przechodzą w pobliżu szyjki macicy. Te naczynia krwionośne są bardzo delikatne i mogą ulec przerwaniu podczas porodu lub gdy odejdą wody płodowe. Jest to bardzo niebezpieczna sytuacja, ponieważ ubytek krwi pochodzi od twojego dziecka. W ciele niemowląt jest tylko niewielka ilość krwi, więc nawet niewielki jej ubytek może spowodować pogorszenie stanu zdrowia lub śmierć. W takim przypadku może umrzeć nawet 6 na 10 niemowląt.

Jeśli twój lekarz specjalista podejrzewa, że możesz mieć naczynia przodujące, kiedy zaczniesz rodzić lub kiedy odejdą ci wody płodowe, twoje dziecko musi się urodzić tak szybko, jak to możliwe. Zazwyczaj zalecane jest cesarskie cięcie w trybie nagłym.

Jeśli łożysko jest u Ciebie nisko zagnieżdżone, jesteś w ciąży mnogiej lub jeśli łożysko czy pępowina rozwijają się nieprawidłowo, znajdujesz się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia naczyń przodujących. W trakcie ciąży może zostać zalecone dodatkowe badanie USG w celu stwierdzenia, czy taki stan u Ciebie występuje.

Jeśli przed porodem stwierdzono u Ciebie naczynia przodujące, lekarz zaproponuje planowe cesarskie cięcie w okresie pomiędzy 34-36 tygodniem ciąży. Ponieważ oznacza to, że Twoje dziecko urodzi się przedwcześnie, otrzymasz serię zastrzyków sterydowych (dwa zastrzyki w odstępie 12-24 godzin), aby pomóc dojrzeć płucom i innym organom dziecka. Sprawdź informacje

RCOG dla pacjentów Corticosteroids in pregnancy to reduce complications from being born prematurely (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Więcej informacji

National Childbirth Trust (NCT): www.nct.org.uk/pregnancy/low-lying-placenta

Tommy's: www.tommys.org/pregnancy-information/pregnancy-complications/low-lying-placenta-placenta-praevia

Dokonywanie wyboru

Dokonywanie wyboru

Zadaj trzy pytania

Jeśli poproszono Cię o dokonanie wyboru, to pewnie masz wiele pytań, które chciałabyś zadać. Być może czujesz również potrzebę, aby porozmawiać o dostępnych dla Ciebie opcjach leczenia z rodziną lub przyjaciółmi. Pomocne może być zrobienie listy pytań, na które chcesz uzyskać odpowiedź i zabranie jej na umówioną wizytę.



1. Jakie mam opcje do wyboru?
2. Jak mogę uzyskać wsparcie, które pomoże mi podjąć właściwą dla mnie decyzję?
3. Jakie są plusy i minusy każdej z dostępnych dla mnie opcji?

*Materiał „Zadaj trzy pytania” został oparty na opracowaniu Shepherd HL i in. Trzy pytania, które mogą zadać pacjenci, aby

Źródła i podziękowania

Niniejsze informacje zostały opracowane przez RCOG Patient Information Committee. Oparto je na publikacji RCOG Green-top Guidelines No. 27(a), Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management, oraz 27(b), Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Poradniki zawierają pełną listę materiałów z danymi naukowymi, z których korzystaliśmy. Można znaleźć je na stronach internetowych:

www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a oraz www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27b.