

Vícečetná těhotenství

Vícečetné těhotenství představuje vývoj v děloze a pozdější porod více než jednoho plodu. Podle počtu plodů mluvíme později o **dvojčatech = gemini**, **trojčatech = trigemini**, apod. S vícečetným těhotenstvím je spojeno **více komplikací**, protože představuje pro organismus větší nároky, zátěž a riziko, proto ženy s vícečetným těhotenstvím mají **zvýšenou perinatální péči**.

Epidemiologie

S rozvíjejícím se systémem asistované reprodukce výskyt vícečetného těhotenství přibývá. Možnost výskytu dvojčat se také zvyšuje, když jeden z rodičů sám pochází z dvojčat, nebo se dvojčata vyskytují ve větší míře v rodině. Mírou výskytu vícečetného těhotenství hraje i rasová frekvence, **nejvíce** nalezneme v **afrických zemích** narozdíl například od **Japonska**, kde je množství vícečetného těhotenství je **nejmenší**.

Etiologie

Pokud se dále zaměříme na dvojčata, které jsou z vícečetného těhotenství nejčastější, můžeme je dále rozdělovat na monozygotní a dizygotní dvojčata.

Monozygotní dvojčata

Česky nazývaná **jednovaječná dvojčata**. Zygota vznikla **oplozením jednoho vajíčka jednou spermií**. Vznikly rozdělením společného základu ve stadiu moruly, proto mají stejnou genetickou výbavu. Podle toho zda mají své vlastní plodové obaly a vlastní placentu, nebo mají jednu z nich společnou nebo mají společné vše je dále může rozdělit na:

- **Gemini bichoriati** - každý plod má vlastní placentu
- **Gemini monochoriati** - plody mají společnou placentu
- **Gemini biamniati** - každý plod má vlastní plodové obaly
- **Gemini monoamniati** - plody mají společné plodové obaly

V lékařské zprávě poté nalezneme i označení bi-bi, bi-mono, mono-bi, mono-mono. Nejvíce se rodí gemini **monochoriati biamniati**.

Syndrom fetu-fetální krevní transfuze

U monozygotních dvojčat je možný výskyt společných krevních oběhů u společné placenty, tyto spojky pak mohou být důvodem **vzniku zkratového krevního oběhu** a rozvine se tak syndrom fetu-fetální krevní transfuze. V tu chvíli jeden plod trpí **hypervolemií** - přijímá více plodové vody, více živin, a jeho organismus je přetěžován, druhý plod trpí **hypovolemií** - má málo plodové vody, chybí mu živiny, a jeho organismus strádá.

Léčba

Fetu-fetální krevní transfuze je léčena způsobem, že musí dojít k **přerušení** přítomných krevních zkratů pomocí **laserové koagulace** pod ultrazvukovou kontrolou, jinak může dojít k úmrtí obou plodů. Přerušování krevních zkratů má největší význam v nízkých stádiích těhotenství, ale i později se více vývoj dvojčat pečlivě sleduje, kdyby došlo ke vzniku dalších zkratů.

Dizygotní dvojčata

Dizygotní dvojčata neboli **dvojvaječná dvojčata** jsou svým výskytem častější než dvojčata monozygotní. Vznikají oplozením dvou vajíček dvěma spermii. Dizygotní dvojčata mají samostatné obaly, a proto nesou označení gemini bichoriati biamniati. Placenty mají tak každý plod svoji a genetická výbava je odlišná.

Přehled rizik ze strany matky a plodů u vícečetného těhotenství

Mateřská rizika

- čtenější časně gestózy
- vyšší výskyt potratů
- častější výskyt **anémií a hypertenzí**
- zhoršení venózní cirkulace a vyšší tvorba varixů
- **dechové obtíže** kvůli výše uložené bránice

- častější výskyt **příznaků preeklampsie**

Rizika pro plod

- **syndrom mizejícího dvojčete** (zhruba od 10. týdne se vyvíjí těhotenství jako jednočetné)
- vyšší riziko úmrtí plodů (nejvyšší riziko je kolem 28. týdne u monochoriálních, u bichoriálních narůstá riziko s vyššími stádii gravidity)
- **asymetrický intrauterinní vývoj plodu** - rozdílný vývoj obou plodů, jeden je přetěžován, druhý strádá
- syndrom transfuze mezi dvojčaty - viz. syndrom foto-fetální transfuze
- **předčasný porod** - časnější odtok plodové vody a předčasný porod představuje pro plody značné rizika (více než 50% dvojčat se narodilo před 37.týdnem)

Prenatální péče

Kvůli vyšším komplikacím v těhotenství má prenatální péče u vícečetného těhotenství určitá specifika. **Do 14. týdne** je potřeba určit podle sonografického **vyšetření chorionicitu a amnionicitu**. V průběhu I. trimestru je k dispozici kombinovaný screening na detekci chromozomálních vad.

Během prenatální péče je potřeba klást důraz na:

1. včasnou diagnostiku množství plodů a určení množství plodových obalů a placent
2. včasnou diagnostiku vrozených vad a komplikací
3. včasnou diagnostiku hrozícího předčasného porodu

Frekvence **prenatálních kontrol** je **častější** a jsou více individuální než u jednotného těhotenství. Četnost ultrazvukového vyšetření u monochoriálních jsou každé dva týdny, předporodní kardiokografické monitorování je zavedeno od 36. týdne.

Ultrazvukovým vyšetřením zjišťujeme:

- detekci vícečetného těhotenství a jeho dataci
- určení počtu plodových obalů a placent
- spolu s kombinovaným screeningem chromozomálních vad vrozené vady
- posouzení stavu placenty
- množství plodové vody
- posouzení vitality plodů a sledování jejich růstu a vývoje
- průtoková měření
- polohy uložení plodů

Porod

Speciální perinatologická centra jsou vybaveny intermediální a intenzivní perinatální péčí (VFN-Porodnice u Apolináře od 24.týdne, FTN-Porodnice v Krči od 29. týdne, apod.) Na standardních porodních sálech probíhají porody pouze donošených dvojčat bichoriální, biamniální(37.týden a výše).

Časové určení porodu

- Gemini bichoriati, biamniati - do 39.týdne
- Gemini monochoriati, biamniati - do 36. týdne
- Gemini monochoriati, monoamniati - do 34.+6 týdne

Spontánním vaginálním porodem se mohou narodit **dvojčata bi-bi**(nejlépe při poloze hlavičkami dolů), a **mono-bi** (zde je nutný informovaný souhlas se spontánním porodem). Ostatní případy a více než dvojčetné těhotenství se rodí císařským řezem.

V roce 2011 se v České republice narodilo novorozenců z vícečetných gravidit více než 70%.

Pokud se setkáme, že jsou v děloze dvojčata bi-bi a jedno je v **poloze hlavičkou dolů** a **druhé koncem pánevním**, tak se přikláníme k plánovanému císařskému řezu, jedná se o tzv. **kolizní postavení obou plodů**.

Vedení vaginálního porodu dvojčat

U vaginálního porodu dvojčat je potřeba větší množství zdravotního personálu a to jest: zkušený a kvalifikovaný porodník s asistentem, porodní asistentka, přítomnost anesteziologa a neonatologa, k tomu taje také potřeba vybavení pro kontinuální monitorování obou plodů a ultrasonografický přístroj u lůžka.

Zásady

Monitorace klinického průběhu porodu. Kontinuální kardiokografická monitoruje obou plodů. Je možné aplikovat epidurální analgezii. Po porodu prvního dvojčete se podvážejí pupečník a okamžitě se musí zjistit stav, poloha a naléhání druhého dvojčete. Snížením časové prodlevy mezi porody prvního a druhého dvojčete můžeme pod souhlasem rodičky aplikovat infuzi s oxytocinem a provést dirupci vaku blan, protože druhý plod může být v tuto chvíli ohrožen hypoxií. Časový interval mezi porody by neměl přesáhnout 60 minut. Uterotonika pro aktivní vedení III. doby porodní můžeme aplikovat až po porodu druhého dvojčete.

Odkazy

Související články

- Těhotenství
- Porod
- Fyziologie těhotenství
- Předčasný porod
- Klasifikace novorozenců

Použitá literatura

- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel, a kolektiv. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3.přepracované a doplněné vydání vydání. Praha. 2014. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.