

U pacjentek z IUFD jednego z płodów ważne jest określenie kosmówkowości, aby prawidłowo przedstawić rokowanie dla drugiego płodu. Najkorzystniej jest, gdy została ona określona we wczesnej ciąży. Jeżeli jednak nie opisano liczby kosmówek przed IUFD, należy wykonać to badanie bezpośrednio po postawieniu diagnozy. Jeżeli precyzyjne określenie kosmówkowości jest niemożliwe, konieczne może być badanie DNA amniocytów.

Optymalne leczenie IUFD w ciążach mnogich nie zostało określone z powodu niewielkiej liczby opisanych przypadków. Rekomendacje zostały oparte na opisach przypadków i opiniach ekspertów. Jeżeli rozpozna się IUFD w ciąży mnogiej, należy skierować pacjentkę do ośrodka trzeciego stopnia referencyjności. W części przypadków trwająca akcja porodowa, współistniejąca choroba matki lub oddzielenie się łożyska mogą spowodować konieczność natychmiastowego porodu żywego płodu lub płodów. Postępowanie zależy od wieku ciążowego, dojrzałości płuc lub wykrycia zagrożenia dla drugiego płodu. Celem jest optymalizacja wyników położniczych, poprawa przeżycia płodów przy unikaniu ekstremalnego wcześniactwa i jego następstw. Powinno się poinformować pacjentkę, że nawet pilny nadzór nad drugim bliźniakiem w ciąży jednokosmówkowej może nie zapewnić dobrych wyników położniczych.

Pacjentki w ciąży jednokosmówkowej powinny być poinformowane o ryzyku encefalomalacji torbielowatej w przypadku IUFD po osiągnięciu przez płody zdolności do życia pozamacicznego. Trudno przewidzieć, u którego z płodów dojdzie do uszkodzenia mózgu. Test niestresowy i profil biofizyczny płodu umożliwiają ocenę stanu płodu, ale nie są w stanie wykazać subtelnych zmian w układzie nerwowym. Badanie ultrasonograficzne umożliwia rozpoznanie encefalopatii, ale nie można na jego podstawie definitywnie jej wykluczyć. Wykonanie MRI u płodu jest metodą eksperymentalną, ale wydaje się przydatne do postawienia rozpoznania encefalomalacji *in utero*. W związku z tym jest to badanie często oferowane pacjentkom w ciąży jednokosmówkowej w ciągu 2–3 tygodni po rozpoznaniu IUFD. Mimo że prawidłowy obraz mózgu w MRI nie wyklucza w 100% encefalomalacji, jest to czynnik poprawiający rokowanie. W przypadku gdy istnieje ryzyko porodu przedwczesnego (między 24. a 34. tygodniem ciąży), rekomenduje się podanie pojedynczego kursu steroidów. Żyjący bliźniak jest monitorowany dzięki cotygodniowej ocenie profilu biofizycznego i testom niestresowym.

W 2011 r. Narodowy Instytut Zdrowia Dziecka i Rozwoju Człowieka (National Institute of Child Health and Human Development – NICHD) oraz Stowarzyszenie Medycyny Matczyno-Płodowej (Society for Maternal-Fetal Medicine – SMFM) opracowały wytyczne dotyczące terminu porodu w okresie późnego wcześniactwa lub wczesnej ciąży donoszonej. Jeżeli IUFD nastąpiło w 34. tygodniu lub później, należy rozważyć poród [34a]. Poród siłami natury nie jest przeciwwskazany w tych przypadkach, natomiast cesarskie cięcie powinno być wykonywane ze wskazań położniczych. W czasie porodu należy pobrać krew pępowinową do badania gazometrycznego. Sekcja obumarłego płodu może nie być przydatna, jeżeli do obumarcia doszło kilka tygodni wcześniej. Rekomenduje się wykonanie badania histopa-

tologicznego łożyska. Należy także zapoznać neonatologów z przebiegiem ciąży.

Jeżeli do IUFD doszło przed 34. tygodniem ciąży, to termin zakończenia ciąży powinien być wyznaczony indywidualnie w zależności od wskazań matczyńskich lub płodowych [34a]. Jeżeli na przykład do IUFD doszło w 18. tygodniu ciąży, w przypadku braku powikłań poród w terminie wydaje się najlepszym rozwiązaniem, natomiast gdy do IUFD doszło w 33. tygodniu, poród prawdopodobnie powinien nastąpić między 34. a 37. tygodniem. Należy ocenić szanse na przeżycie płodu po osiągnięciu przez niego zdolności do życia pozamacicznego. Najtrudniejsze jest postępowanie z ciążami jednokosmówkowymi przed osiągnięciem zdolności do życia. Rekomendowane jest poradnictwo dla rodziców w zakresie uszkodzeń neurologicznych i innych organów płodu. Obrazowanie ultrasonograficzne i rezonansu magnetycznego może być pomocne przy stawianiu diagnozy. Część pacjentek podejmuje decyzję o terminacji całej ciąży, inne wybierają postępowanie zachowawcze. Jeżeli płód osiągnie zdolność do życia, należy postępować zgodnie z wytycznymi dostępnymi powyżej.

Poza ryzykiem IUFD dla drugiego płodu zwiększa się też ryzyko dla matki, związane teoretycznie z możliwością powstania koagulopatii ze zużycia związanej z obecnością martwego płodu. Początkowo oszacowano częstość tego powikłania na 25%. Opisano jednak tylko kilka izolowanych przypadków, w których nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych i subkliniczna koagulopatia towarzyszyły IUFD w ciąży mnogiej, tak więc częstość tego powikłania jest z pewnością przeszacowana [30]. Pociuszające jest także to, że nie opisano w literaturze klinicznie istotnej koagulopatii wikłającej ST lub MPR. W przypadku IUFD w ciąży mnogiej zalecane jest wykonanie badań układu krzepnięcia (czas protrombinowy [PT], czas częściowej tromboloplastyny po aktywacji [APTT], poziom fibrynogenu, liczba płytek krwi). Jeżeli wyniki tych badań mieszczą się w granicach normy, wielu ekspertów nie prowadzi dalszego nadzoru ze względu na niskie ryzyko koagulopatii.

Zgon wewnątrzmaciczny płodu powoduje żal, niepokój i poczucie winy. Ze względu na obecność drugiego żywego płodu często lekarze nie doceniają poczucia straty występującego u pacjentki. Warto rozważyć u tych kobiet konsultację psychologiczną.

Zespół przetoczenia krwi między płodami

Etiologia

Zespół przetoczenia krwi między płodami (*twin-twin transfusion syndrome* – TTTS) jest powikłaniem ciąży jednokosmówkowych dwuowodniowych. **Pojawia się w 15% ciąż jednokosmówkowych i jest najczęstszą poważną komplikacją specyficzną dla tego rodzaju ciąż mnogich.** TTTS polega na zaburzeniu równowagi przepływu krwi przez naczynia przebiegające przez wspólne łożysko, co prowadzi do niedokrwienia płodu dawcy i przekrwienia płodu biorcy (ryc. 30-7). U dawcy rozwija się zespół IUGR i małowodzie, a u biorcy, którego układ krążenia jest przeładowany objętościowo, pojawia się wielowodzie; potencjalnie może wystąpić niewydolność serca i obrzęk płodu. W badaniu echokardiograficznym u biorcy widoczne jest pogorszenie funkcji komór,