

Poród jako przyczyna NTM

dr n. med. Edyta Wlazlak, dr n. med. Grzegorz Surkont

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej,

I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego Łodzi WSSz im. M. Madurowicza

Trzymanie moczu jest skomplikowanym procesem, zależnym od wielu czynników. Zaburzenia pracy i budowy centralnego układu nerwowego, nerwów obwodowych, tkanek podporowych, mięśni dna miednicy mniejszej, pęcherza moczowego i cewki moczowej czy niedobory hormonalne prowadzą do wielu dolegliwości uroginekologicznych, między innymi nietrzymania moczu (NTM) oraz wypadania pochwy/macicy, czyli zaburzeń statyki narządu płciowego (ang. POP - pelvic organ prolapse).

Uwarunkowania genetyczne oraz ciąża stanowią istotne czynniki w etiologii powstawania zaburzeń czynności przepony moczowo-płciowej. Ciąża powoduje hormonalne i mechaniczne zmiany w tkankach dna miednicy. Prawdopodobnie czynniki te są odpowiedzialne za pojawienie się nietrzymania moczu podczas ciąży u kobiet z genetycznymi predyspozycjami do tej przypadłości. Przebycie ciąży i porodu przyczynia się do licznych następstw w organizmie kobiety. Zaznaczają się one już w ciąży, jednak bardziej zauważalne stają się dla pacjentek bezpośrednio po porodzie oraz w czasie późniejszym. Mogą mieć charakter okresowy (zazwyczaj wynikający ze zmian czynnościowych) lub też trwały (wynikający ze zmian narządowych).

Dolegliwości związane z dolnym odcinkiem układu moczowego często występują w czasie w ciąży. Dotyczy to przede wszystkim częstomoczu i nokturii (oddawania

moczu w nocy) oraz nietrzymania moczu. NTM występuje u 15-65% kobiet w ciąży.

Poród fizjologiczny czasami doprowadza do uszkodzeń anatomicznych struktur dna miednicy, które w konsekwencji prowadzą do chorób uroginekologicznych.



Do najczęstszych z nich należą: wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz pogorszenie podparcia narządów miednicy mniejszej. Manifestują się one - zarówno w krótkim czasie, jak i po wielu latach od porodu - częściowym lub całkowitym wypadaniem pochwy oraz macicy (zaburzenia statyki narządu płciowego, ang. POP - pelvic organ prolapse).

Obecnie trwają intensywne badania nad wpływem ciąży i porodu na pojawienie się dolegliwości uroginekologicznych. Wyniki powinny pozwolić na opracowanie odpowiedniej profilaktyki oraz określenie, u których grup pacjentek należy zastosować poszczególne jej metody. Istnieje szansa, że w ciągu kilku lat będziemy wiedzieć,

u których pacjentek powinno zostać zaplanowane cesarskie cięcie, by w przyszłości uniknąć dolegliwości uroginekologicznych.

Na dzień dzisiejszy znane są następujące czynniki ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu związane z ciążą i porodem:

- urazy struktur dna miednicy,
- czynniki genetyczne,

- ciąża donoszona,
- pierwszy poród drogami natury, zwłaszcza po 30. roku życia,
- wysoka rodność,
- stały ucisk części przodującej pod koniec ciąży i w trakcie porodu,
- nieprawidłowe wstawianie się główki podczas porodu,
- przedłużony drugi okres porodu prowadzący do uszkodzenia nerwu sromowego (zmiany unerwienia dna miednicy mogą utrzymywać się przez wiele lat od przebycia porodu),
- użycie kleszczy lub próżniociągu podczas porodu,
- poród drogami natury w przypadku dużego płodu (wg niektórych badaczy masa płodu nie ma większego znaczenia),
- występowanie niewspółmierności główkowo-miednicowej jako powodu wykonania cięcia cesarskiego,
- przedłużony drugi okres porodu, uszkodzenie nerwu sromowego podczas porodu (wydłużenie II okresu porodu wywiera negatywny wpływ na nerw sromowy, a zmiany unerwienia dna miednicy utrzymują się przez wiele lat od przebycia porodu),
- za głębokie nacięcie krocza oraz okołoporodowe pęknięcie krocza (uszkodzenie zwieracza zewnętrznego odbytu może dodatkowo doprowadzić do nietrzymania gazów lub/i stolca),
- poród po 42. tygodniu ciąży,
- wysokie BMI ciężarnej,
- według niektórych autorów zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego oraz wspomaganie skurczów za pomocą oksytocyny.

Badania sugerują, że genetycznie uwarunkowane nieprawidłowości w zakresie budowy kolagenu znajdującego się w obrębie przepony moczowo-płciowej mogą mieć istotne znaczenie w etiopatogenezie schorzeń uroginekologicznych. Wydaje się, że nieprawidłowości dotyczą między innymi podtypów włókien kolagenowych. Inne zaburzenia związane są z procesami metabolicznymi zachodzącymi w strukturach mięśni przepony moczowo-płciowej. Według jednej z teorii, pacjentki z tzw. „słabymi tkankami”, czyli defektami kolagenu (I) w obrębie tkanek dna miednicy, mają w konsekwencji ciąży dolegliwości uroginekologiczne. U nich cięcie cesarskie nie miałoby znaczenia ochronnego. Ta teoria zakłada, że u kobiet bez defektów kolagenu, czyli z „mocnymi tkankami”, rodzących drogami natury, dochodzi do uszkodzeń. Jeżeli tak jest, wykrycie tej grupy pacjentek pozwoliłoby w przyszłości

na profilaktyczne wykonywanie cięcia cesarskiego z powodów uroginekologicznych. Cięcie cesarskie ma ochronny wpływ tylko u niewielkiej liczby kobiet; niektóre badania wskazują, że jest to maksymalnie 10% rodzących. To „ochronne” działanie dotyczy cięcia cesarskiego wykonywanego bez rozpoczętego porodu (tak zwane cięcie elektywne), ponieważ już początkowe etapy porodu fizjologicznego mogą u części kobiet doprowadzić do istotnych uszkodzeń.

Wpływ porodu pochwowego na organizm matki jest trudny do oceny, choćby ze względu na odległość czasową między ekspozycją na szkodliwy czynnik a momentem ujawnienia się objawów. Niestety nadal, mimo licznych badań, nie udało się znaleźć klucza do ujednolicenia metody identyfikacji pacjentek szczególnie zagrożonych poporodowym uszkodzeniem dna miednicy. W czasie porodu mięśnie zmuszone są do znacznego rozciągnięcia, co jest zrozumiałe, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, iż główka w czasie porodu jest około 4 razy większa niż średnica rozworu moczowo-płciowego (otwór w mięśniach i więzadłach, przez który przechodzi główka). Sytuacja ta sprawia, iż poszczególne włókna mogą być rozerwane, co w przyszłości może stanowić podłoże różnych dolegliwości uroginekologicznych. Na szczęście u większości rodzących nie dochodzi do istotnych uszkodzeń.

Rortveit w swoich badaniach na około 15 000 kobiet wykazał, iż częstość nietrzymania moczu u kobiet może być powiązana z ciążą oraz wyborem metody jej zakończenia. Wśród analizowanych przez niego pacjentek częstość NTM u nieródek wynosiła około 10%. U kobiet, które były w ciąży i urodziły drogą cięcia cesarskiego, wzrastała do 15,8%, zaś u pacjentek, które urodziły drogami natury, ryzyko nietrzymania moczu było jeszcze wyższe i wynosiło 24,2%.

WIĘKSZOŚĆ KOBIEC TRAKTUJE PRZYROST MASY CIAŁA O 20-25 KG JAKO NORMĘ W CIĄŻY, JEDNAK JEJ NADMIERNY PRZYROST STANOWI PRAWDOPODOBNIENIE JEDEN Z PODSTAWOWYCH CZYNNIKÓW WYWOŁUJĄCYCH NTM

Jednocześnie wykazano, iż sposób porodu nie ma wpływu na częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet po 50. roku życia. Ryzyko w tej grupie wiekowej wynosi około 30% bez względu na

sposób ukończenia ciąży i utrzymuje się na stałym poziomie. Przebieg porodu ma jednak wpływ na objawy NTM u kobiet młodszych.

Bardzo duża liczba badań potwierdziła istotny wpływ porodu na pogorszenie podparcia narządów miednicy po porodzie pochwowym u wielu kobiet, co jest związane ze zmianami w mięśniach dna miednicy. Dietz

w swoich badaniach doszukiwał się powodów występującego po porodzie obniżania się narządów miednicy mniejszej. Jako jedną z możliwych przyczyn wskazuje on niewydolność mięśnia dźwigacza odbytu, spowodowaną uszkodzeniem nerwu sromowego podczas zstępowania główki dziecka. Jednocześnie podaje on, iż sama ciąża u wielu kobiet może sprzyjać obniżeniom pochwy i macicy. Większość kobiet traktuje przyrost masy ciała o 20-25 kg



jako normę w ciąży, jednak jej nadmierny przyrost (powyżej 10-15 kg) stanowi prawdopodobnie jeden z podstawowych czynników wywołujących nietrzymanie moczu w ciąży i po porodzie. Odpowiednia dieta w czasie ciąży (maksymalny przyrost masy 8-10 kg) oraz w okresie poporodowym może uchronić wiele ciężarnych przed dolegliwościami uroginekologicznymi.

U licznej grupy kobiet około 40. roku życia stwierdzono występowanie bezobjawowego obniżenia narządu rodowego (POP). Stopniowo nasilające się objawy powodują, że wiele kobiet między 50. a 60. rokiem życia decyduje się na podjęcie leczenia. Czasami nawet niewielkie wypadnięcie narządu rodowego może wywoływać duży dyskomfort. Dlatego stosowanie działań profilaktycznych u kobiet z NTM występującym w ciąży i po porodzie oraz

z bezobjawowym obniżeniem wydają się uzasadnione.

W związku z niemałym odsetkiem występowania wysiłkowego nietrzymania moczu w czasie ciąży i po porodzie wskazane jest podjęcie działań zmierzających do upowszechnienia stosowania ćwiczeń Kegla. Badania potwierdzają, iż wzmacnianie mięśni dna miednicy przed porodem i „od razu” po porodzie jest przydatne w profilaktyce i leczeniu schorzeń uroginekologicznych.

Kolejnym sposobem profilaktyki nietrzymania moczu i zaburzeń statyki, który może być stosowany u kobiet z objawami uroginekologicznymi oraz obniżeniami występującymi bezobjawowo jest pessaroterapia. Pessary to metoda leczenia zaburzeń statyki znana od wieków; podobno ich pierwowzór stosowała Kleopatra. Na przestrzeni ostatnich lat powstały nowe rodzaje pessarów, w związku z czym obecnie istnieje możliwość dopasowania ich do potrzeb prawie każdej pacjentki. Dysponujemy różnymi rodzajami i rozmiarami pessarów. Specjalny silikon, stosowany przez niektóre firmy, zmniejszył niedogodności związane z ich zakładaniem i poprawił tolerancję terapii. Obecnie większość pacjentek jest instruowana o możliwości stosowania pessarów jedynie w sytuacjach, gdy istnieją wskazania do ich użycia. Czasami pessary zakładane są na kilka godzin, np. podczas sportu czy tańca, wiele kobiet zakłada je rano i wyjmuje wieczorem. Aby uchronić się przed odleżynami i upławami, należy unikać noszenia ich bez przerwy - przez wiele dni.

Brytyjskie analizy 5-letniego stosowania pessarów do leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego (POP) wskazują, że stosowanie ich przez taki okres czasu jest bezpieczne i skutecznie likwiduje objawy wypadania pochwy i macicy, przywraca funkcje pęcherza i jelit, satysfakcję seksualną oraz poprawia jakość życia. Porównanie - po 1 roku - efektów operacyjnego leczenia POP oraz stosowania pessarów nie wykazało większych różnic pomiędzy obiema metodami. Żadna pacjentka nie zgłaszała braku efektu lub pogorszenia objawów podczas pessaroterapii.

W XXI wieku terapia zachowawcza dolegliwości uroginekologicznych nadal jest atrakcyjną i skuteczną formą leczenia dla wielu kobiet. Pozostałym pacjentkom uroginekologów mogą zaoferować wysoce skuteczne i obciążone małym ryzykiem powikłań zabiegi operacyjne.

Większość kobiet nie posiada wiedzy na temat negatywnego wpływu ciąży i porodu na dysfunkcje w obrębie przepony moczowo-płciowej - chociażby na powiększenie rozmiarów pochwy, nietrzymanie moczu, gazów i stolca.