

Ciąża u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

PUBLICATIONS COMMITTEE SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE
Z UDZIAŁEM CAROLINE SIGNORE, MD, MPH

PYTANIE

Dwudziestoczeroletnia kobieta w 7 tygodniu pierwszej ciąży, z żywym płodem w jamie macicy, przed trzema laty doznała uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym na poziomie C7 w następstwie urazu w wypadku komunikacyjnym. Na jakie zagadnienia powinien zwrócić uwagę lekarz prowadzący jej ciążę?

ODPOWIEDŹ

Dotychczasowe piśmiennictwo poświęcone prowadzeniu i wynikom ciąży u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (spinal cord injury, SCI) jest skąpe, dostępne dane świadczą jednak, że w przebiegu większości takich ciąż rzadko dochodzi do poważnych powikłań, a dzieci najczęściej rodzą się zdrowe.¹⁻³ Nie ma powodu, aby zniechęcać kobiety do zachodzenia w ciążę lub przerywać ciążę jedynie dlatego, że przeżyły one SCI. Opiekę nad taką ciężarną powinien natomiast sprawować zespół wielospecjalistyczny, w którego skład wchodzi położnik i/lub specjalista medycyny matczyno-płodowej, neurolog, fizjoterapeuta, urolog, anesteziolog, pielęgniarki, a w razie potrzeby również specjalista terapii zajęciowej (tabelę podsumowującą postępowanie uwzględniające swoiste uwarunkowania ciężarnych z SCI umieszczono w wersji artykułu dostępnej na stronie internetowej).

ZAKAŻENIA I ZABURZENIA CZYNNOŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

U większości kobiet z SCI występują zaburzenia czynności dróg moczowych związane z pęcherzem neurogennym. W zależności od poziomu i rodzaju uszkodzenia nerwu błona mięśniowa pęcherza moczowego staje się atoniczna lub nadmiernie aktywna, czego następstwami są rozstrzeń pęcherza lub nietrzymanie moczu. Wiele kobiet z niskimi uszkodzeniami rdzenia kręgowego jest w stanie i powinno stosować przerywane samodzielne cewnikowanie. U kobiet z porażeniem czterokończynowym (tj. utratą czucia i czynności mięśni kończyn górnych i dolnych) stosuje się

zwykle cewnik wprowadzony do pęcherza na stałe przez cewkę moczową lub drogą nakłucia nadłonowego.

Ciąża i postępowanie z ciężarną mogą powodować u kobiet z SCI zmiany w czynności pęcherza moczowego, takie jak skurcze wypieracza, konieczność częstszego cewnikowania lub wyciekanie moczu wokół cewnika wprowadzonego na stałe.⁴ W trakcie ciąży najlepiej stosować przerywane samodzielne cewnikowanie, ponieważ utrzymywanie cewnika w pęcherzu na stałe zwiększa ryzyko zakażenia układu moczowego (ZUM).

Aż 25% kobiet z SCI może wymagać zmian w leczeniu zaburzeń pęcherza moczowego z uwagi na przewlekłe wyciekanie moczu i/lub skurcze wypieracza (np. usunięcia cewnika wprowadzonego do pęcherza na stałe). Przydatne jest wówczas skierowanie ciężarnej na konsultację urologiczną.

U większości kobiet z SCI w trakcie ciąży występuje bezobjawowy bakteriomocz. Przeprowadzona ostatnio systematyczna analiza postępowania u kobiet z zaburzeniami układu moczowego w przebiegu ciąży wykazała, że wśród 139 kobiet objawowe ZUM wystąpiło w trakcie ciąży co najmniej raz u 64%, a wśród kobiet z cewnikiem utrzymywanym na stałe zakażone były wszystkie. W przebiegu ZUM u 5,6% kobiet wystąpiło odmiedniczkowe zapalenie nerek, a u 1% posocznica moczowa.⁵ W ogólnej populacji ciężarnych bezobjawowy bakteriomocz występuje u 2-7%, a u 30-40% nieleczonych z jego powodu rozwija się ZUM.⁶ Z uwagi na zwiększone ryzyko dalszego postępu choroby w kierunku odmiedniczkowego zapalenia nerek, a następnie posocznicy moczowej u matki American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion w przypadku SCI u ciężarnych sugeruje częste wykonywanie posiewów moczu lub stosowanie supresji antybiotykowej.³

Wykrywaniu bezobjawowego bakteriomoczu powinno służyć wykonywanie posiewu moczu co miesiąc lub raz na trymestr, w zależności od częstości uzyskiwania dodatniego wyniku tego badania i przebytych wcześniej zakażeń. Dane dotyczące roli przewlekłego stosowania antybiotyków w celu zapobiegania ZUM w przebiegu ciąży u kobiet z SCI są wprawdzie skąpe, ale takie postępowanie można rozważyć u kobiet z nawracającym ZUM i/lub z cewnikiem utrzymywanym w pęcherzu moczowym.

Dr Signore, program officer, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland.

wym na stałe. Schemat antybiotykoterapii powinien być oparty na wyniku posiewu moczu i wrażliwości bakterii. Najczęściej wykorzystuje się nitrofurantoinę i kotrimoksazol.

ODLEŻYNY

Odleżyny powstają u 5-10% kobiet z SCI.² W trakcie ciąży uszkodzenia skóry się pogłębiają. Przyczyniają się do tego zwiększenie masy ciała w przebiegu ciąży, nieodpowiednia wielkość i zabezpieczenia wózków inwalidzkich i innych urządzeń, obrzęki, niedokrwistość, złe odżywianie oraz palenie tytoniu. Należy poradzić chorym regularną zmianę pozycji ciała oraz naprzemienne uciskanie i zwalnianie ucisku, a także sprawdzanie, czy stosowany sprzęt medyczny jest odpowiednio dopasowany i wyścielany. Zaleca się również częste oglądanie skóry w domu oraz podczas wizyt u lekarza. Widoczne uszkodzenie skóry, a także obawa przed jej uszkodzeniem lub możliwość jego powstania, powinny skłonić kobietę do zgłoszenia się do fizykoterapeuty lub rehabilitanta.

WPŁYW NA UKŁAD ODDECHOWY

W przebiegu SCI czynność układu oddechowego bywa upośledzona z powodu osłabienia mięśni oddechowych lub zniekształcenia klatki piersiowej w następstwie porazowego tylno-bocznego skrzywienia kręgosłupa, zwłaszcza u kobiet z wysokimi uszkodzeniami kręgosłupa piersiowego lub kręgosłupa szyjnego (tj. powyżej Th5). Zaburzenia oddechowe mogą się nasilać w trakcie ciąży, w miarę jak powiększająca się macica ogranicza ruchomość przepony. W wybranej grupie chorych z SCI wykonuje się testy czynnościowe – wyjściowo, po czym seryjnie w przebiegu ciąży. Pozwalają one na ocenę pojemności życiowej płuc i określenie wskazań do zastosowania wspomaganego oddychania podczas porodu (np. jeśli pojemność życiowa wynosi <13 ml/kg).^{1,3} Kobiety z przewlekłymi objawami upośledzenia czynności oddechowej lub małą pojemnością życiową płuc mogą wymagać skierowania na konsultację pulmonologiczną.

NIEMOŻNOŚĆ ODCZUCIA POCZĄTKU AKCJI PORODOWEJ I RYZYKO PORODU PRZEDWCZESNEGO

Kobiety z SCI powyżej Th10 mogą nie odczuwać bólu powodowanego przez skurcze macicy, co sprawia, że są zagrożone niespodziewanym porodem przedwczesnym lub o czasie. Zagrożenie to budzi szczególne obawy, ponieważ stwierdzono, że wśród kobiet z SCI ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego rośnie do 21-27%.^{1,2} Kobiety i ich opiekunów należy pouczyć, jak wyczuć skurcze macicy. Trzeba im też zwrócić uwagę na pewne cechy mogące przemawiać za rozpoczynaniem się akcji porodowej, takie jak pogłębienie spastyczności, objawy dysrefleksji autonomicznej (autonomic dysreflexia, AD), ból przeniesiony powyżej miejsca uszkodzenia rdzenia kręgowego lub spływanie oddechu.

Zaproponowano kilka metod zapobiegania niespodziewanemu wystąpieniu porodu, w tym rutynową hospitalizację takich kobiet w trzecim trymestrze ciąży, rutynowe badanie szyjki macicy w trakcie badania palpacyjnego lub głowicą przezpochwową, przesiewowe oznaczanie stężenia fibronektyny płodu oraz monitorowanie aktywności macicy w warunkach domowych.^{1,2,7} Żadnej z tych metod nie oceniano w badaniach klinicznych, nie udowodniono też, aby były one skuteczniejsze niż edukacja ciężarnej i jej opiekunów oraz sprawowanie nadzoru.

CHOROBA ZAKRZEPowo-ZATOROWA

Skojarzenie utrudnionego poruszania się ze stanem nadkrzepliwości w przebiegu ciąży zwiększa u kobiet z SCI zagrożenie wystąpieniem choroby zakrzepowo-zatorowej.⁸ Badania przeprowadzone wśród dorosłych kobiet niebędących w ciąży sugerują korzystny wpływ wczesnego podejmowania działań profilaktycznych po ostrym SCI. Nie przeprowadzono natomiast badań oceniających wpływ zastosowania takiego postępowania u kobiet, które po pewnym czasie od SCI zaszły w ciążę.⁹ Mimo wspomnianego teoretycznego ryzyka zgromadzono zbyt mało danych, aby zalecać profilaktyczne podawanie leków przeciwkrzepliwych (np. heparyny drobnocząsteczkowej) wszystkim ciężarnym z SCI. Leczenie farmakologiczne należy rozpocząć i prowadzić indywidualnie, opierając się na danych z wywiadu i ograniczeniu sprawności fizycznej.

NIEDOKRWISTOŚĆ

W kilku doniesieniach zwrócono uwagę na zwiększone ryzyko wystąpienia niedokrwistości u ciężarnych z SCI. Może to wynikać z niedoboru żelaza lub kwasu foliowego, albo jest to niedokrwistość w przebiegu choroby przewlekłej. Rozpoznanie niedokrwistości jest wskazaniem do wyrównania niedoboru żelaza, z uwagi jednak na powszechną skłonność chorych z SCI do zaparć należy jednocześnie podawać środki zmiękczające stolec oraz starannie obserwować, czy kobiety nie mają trudności z wypróżnieniem.

Jakie są zagrożenia dla płodu?

Wśród kobiet, u których do SCI dochodzi przed poczęciem, ryzyko rozwoju wad wrodzonych płodu, poronienia czy urodzenia martwego płodu nie wydaje się zwiększone.^{1,2} Największe obawy budzi natomiast ekspozycja płodu na działanie leków przyjmowanych przez matkę z powodu SCI. Najlepiej, aby kobiety z SCI przed zajściem w ciążę poddały się konsultacji specjalisty, w trakcie której można omówić ryzyko i korzyści wynikające z dalszego przyjmowania leków. Chore z SCI powszechnie otrzymują leki cholinolityczne (np. oksybutyninę [klasa C według klasyfikacji FDA leków stosowanych w czasie ciąży]), aby zapobiec skurczom wypieracza, a także leki przeciwskurczowe (np. baklofen [klasa C według klasyfikacji FDA

leków stosowanych w czasie ciąży]) w celu złagodzenia spastyczności mięśni. Większość leków stosowanych przez kobiety z powodu SCI można bezpiecznie przyjmować również w trakcie ciąży, ale wprowadzenie nowego leku lub zmiany dawkowania wymagają konsultacji specjalisty medycyny matczyno-łożyskowej.

Jakie problemy mogą pojawić się w trakcie porodu?

DYSREFLEKSJA AUTONOMICZNA (AD)

W trakcie ciąży, a zwłaszcza podczas porodu, chore i lekarze muszą zachować czujność, aby dostrzec pojawienie się AD. Ten mogący zagrażać życiu zespół cechuje się znacznym zwiększeniem wartości ciśnienia tętniczego krwi oraz zaburzeniami rytmu serca widocznymi w zapisie EKG.¹⁰ Czas wystąpienia AD jest oceniany bardzo różnie. Zwykle pojawia się ona wkrótce po uszkodzeniu rdzenia kręgowego, czasem jednak ujawnia się dopiero po pewnym czasie. Dysrefleksja autonomiczna występuje głównie u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego na poziomie Th6 lub wyższym (85%), opisywano ją jednak również po uszkodzeniach na niższym poziomie.¹¹ Zespół jest wyzwalany przez silny lub szkodliwy bodziec działający poniżej miejsca uszkodzenia rdzenia kręgowego (np. rozcięcie pęcherza

moczowego lub jelita, lub badanie przez pochwę), który zapoczątkowuje niekontrolowaną odruchową odpowiedź współczulną. Czynnikiem inicjującym mogą być również skurcze macicy.

Nadciśnienie tętnicze występujące w przebiegu AD może osiągać wyjątkowo duże wartości i trzeba je odróżnić od stanu przedrzucawkowego, aby rozpocząć właściwe leczenie. Zasadniczą różnicą jest obniżanie się ciśnienia tętniczego w przebiegu AD do wartości prawidłowych między skurczami, podczas gdy w trakcie stanu przedrzucawkowego ciśnienie jest bardziej jednorodne. Innymi objawami AD występującymi u matki są bradykardia lub tachykardia, ból głowy, uderzenia gorąca, jeżenie się włosów, przekrwienie błony śluzowej nosa, obfite pocenie oraz niepokój. Nasilenie AD waha się od łagodnych, nasilających się objawów do przełomu nadciśnieniowego powodującego encefalopatię, krwotok do mózgu lub siatkówki, śpiączkę i ostatecznie zgon. Skurcz naczyń krwionośnych matki może doprowadzić do ostrej niewydolności maciczno-łożyskowej.

Głównym celem postępowania z takimi chorymi jest zapobieganie wystąpieniu AD.¹² Przed porodem wszystkie kobiety powinny być zbadane przez doświadczonego anestezjologa specjalizującego się w znieczuleniu do porodu, aby opracować plan postępowania w trakcie porodu. Najchętniej stosowaną strategią zapobiegawczą jest

zastosowanie znieczulenia regionalnego już we wczesnym okresie porodu. Okazała się ona skuteczna w zmniejszaniu nasilenia AD. Z uwagi na ryzyko wystąpienia AD kilku ekspertów zaleciło, aby porody kobiet z SCI odbywały się na oddziałach przystosowanych do intensywnego monitorowania hemodynamicznego.^{1,13} Jeśli objawy AD, a zwłaszcza nadciśnienie złośliwe, nie ustępują pod wpływem leczenia farmakologicznego, konieczne może być wykonanie cięcia cesarskiego.

PORÓD I WYDOBYCIE PŁODU

Nie udowodniono wpływu SCI na siłę ani czas trwania skurczów macicy w trakcie porodu. Prowadzenie każdego porodu należy traktować indywidualnie.¹³ Jeśli rozwarcie szyjki macicy jest niedostateczne, powinno się rozważyć zastosowanie znieczulenia miejscowego. Odpowiednie zabezpieczenie łóżka, regularna zmiana pozycji i staranna obserwacja skóry są w trakcie porodu niezbędne, aby zapobiec uszkodzeniom skóry i/lub powstawaniu odleżyn. Kobiety z SCI mogą rodzić drogami natury, ale niektóre wymagają wspomaganie porodu pochwowego, by skompensować lub osłabić zależną od woli zdolność do wydalania płodu w drugim okresie porodu oraz przeciwdziałać dysrefleksji autonomicznej. W wielu doniesieniach opowiadano się za częstszym wykonywaniem cięcia cesarskiego u rodzących z SCI, nie wiadomo jednak, czy zabiegi te nie są u nich wykonywane ze standardowych wskazań położniczych.²

Jakie są kluczowe elementy postępowania w połogu?

AUTONOMICZNA DYSREFLEKSJA POPOŁOGOWA

Skurcze macicy występujące w trzecim okresie porodu i w połogu mogą wyzwolić AD, dlatego po porodzie nadal konieczne jest staranne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi. Należy dołożyć starań, aby nie dopuścić do rozdęcia pęcherza moczowego, które również jest częstą przyczyną wywołującą AD. Takie ryzyko można zmniejszyć dzięki pozostawieniu na krótko cewnika Foleya w pęcherzu moczowym we wczesnym okresie po porodzie (na 12 godzin po porodzie pochwowym i 24 godziny po cięciu cesarskim). Trzeba też ponownie rozpocząć przeciwdziałanie zaparciom, aby uniknąć powodowanych przez nie powikłań.

PIELĘGNACJA KROCZA

Zeszycie krocza, jeśli jest konieczne, wykonuje się typowo stosowaną techniką. Ponieważ u kobiet z SCI czucie w okolicy krocza jest osłabione, okłady z lodu lub gorące ułatwiające gojenie krocza należy stosować ostrożnie. Ważną rolę odgrywa jak najszybsze przywrócenie programu mającego na celu regularne opróżnianie jelit. Jeśli zeszycie krocza wykonywano z powodu pęknięcia trzeciego lub czwartego stopnia, należy zmodyfikować

program opróżniania jelita pod wpływem mechanicznego drażnienia palcem, aby umożliwić prawidłowe gojenie krocza.

LAKTACJA

Kobiety z SCI powinny się zachęcać do karmienia piersią. Stosowanie specjalnych podkładek i podglówek ułatwiających ułożenie noworodka przy piersi pozwala na skuteczne karmienie. W badaniu przeprowadzonym z udziałem kobiet, które urodziły dziecko przed lub po doznaniu SCI, kobiety po urazie karmiły piersią rzadziej (11 vs 28% kobiet przed urazem), ale przyczyn tego zjawiska nie wyjaśniono.⁴

WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE I RODZICIELSKIE

Kobiety o upośledzonej sprawności fizycznej są bardziej narażone na stres i wystąpienie objawów depresji niż kobiety w populacji ogólnej.^{14,15} Dostępnych jest niewiele danych mówiących o częstości występowania depresji przed porodem u kobiet z SCI. W niewielkim badaniu 35% kobiet z SCI zgłosiło depresję poporodową, co uzasadnia konieczność monitorowania nastroju takich kobiet po porodzie.¹⁶

Kobiety z SCI często obawiają się, czy ich ograniczenia fizyczne pozwolą na zapewnienie właściwej opieki noworodkowi.¹⁷ Lekarze mogą odegrać znaczącą rolę we wspieraniu kobiet w ich przystosowaniu się do spełniania obowiązków rodzicielskich. (Dodatkowe źródła informacji o zagadnieniach związanych z ciążą u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są dostępne na stronie internetowej). Skonsultowanie się z fizykoterapeutą i specjalistą terapii zajęciowej pomoże w przyjęciu strategii i przystosowaniu sprzętu ułatwiającego wywiązywanie się z obowiązków macierzyńskich. Dodatkowego wsparcia i porad mogą udzielić rehabilitanci, pracownicy społeczni i konsultanci w sprawach laktacji. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że macierzyństwo poprawia jakość życia kobiet z SCI, a wyniki oceny rozwoju dziecka i życia rodzinnego nie różnią się od uzyskiwanych u matek sprawnych fizycznie.^{15,16,18,19}

(Piśmiennictwo, na które powołano się w niniejszym artykule, jest dostępne w wersji opublikowanej na stronie internetowej).

Contemporary OB/GYN, Vol. 58, No. 2, February 2012, p. 23. Pregnancy in women with spinal cord injuries.

Stanowisko opracował Publications Committee of the Society for Maternal-Fetal Medicine z udziałem Caroline Signore, MD, MPH i zatwierdził 12 stycznia 2012 roku Executive Committee of the Society. Ani dr Signore, ani żaden z członków Publications Committee (zobacz listę członków 2012 r. na stronie www.smfm.org) nie zgłasza żadnego konfliktu interesów związanego z tym artykułem.

Uwaga: Praktyka kliniczna stale się rozwija, a poszczególne przypadki mogą się od siebie różnić. Ta opinia jest odzwierciedleniem stanu wiedzy w momencie jej przyjęcia do publikacji i nie została stworzona z zamiarem ustalania standardów opieki położniczej. Ta publikacja nie odzwierciedla przekonań wszystkich członków Society for Maternal-Fetal Medicine.