



KIEDY ROZEJŚCIE SPOJENIA ŁONOWEGO WYMAGA CIĘCIA CESARSKIEGO? WSKAZANIA ORTOPEDYCZNE DO CIĘCIA CESARSKIEGO

Sławomir Dudko

**Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Damian Kusz**



FAKTY

Wzrost częstości wykonywania cięć cesarskich [CC], w tym ze wskazań ortopedycznych, jest tendencją powszechną.

Potencjalne zagrożenie powikłaniami wymaga poświęcenia uwagi wskazaniom do tego zabiegu.

Decyzja o profilaktycznym CC wynika z obaw przed wystąpieniem powikłań.

Na wskazania medyczne nakłada się problem CC „na życzenie”.

Trwa dyskusja na temat wykonywania CC bez wskazań medycznych, na życzenie rodzącej.

Co istotne, położnictwo i ortopedia należą do specjalności najbardziej narażonych na roszczenia.



FAKTY

CC na życzenie, bez wskazań medycznych, uważa się za niedopuszczalne.

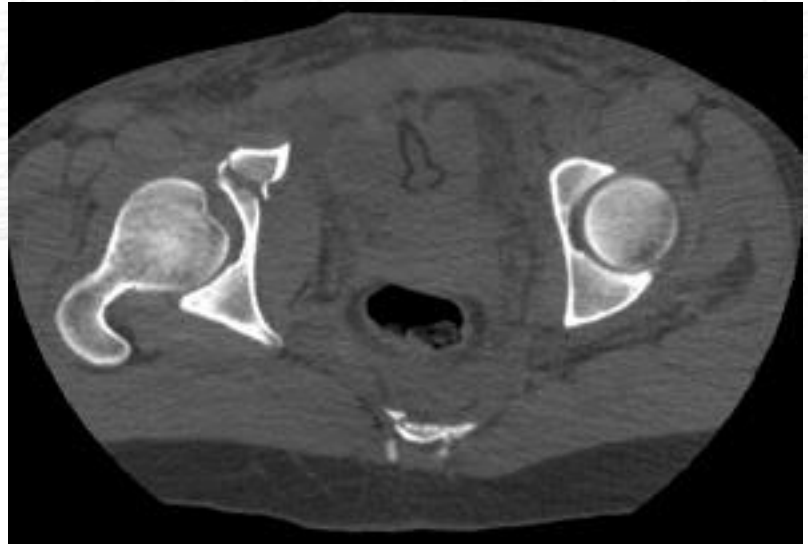
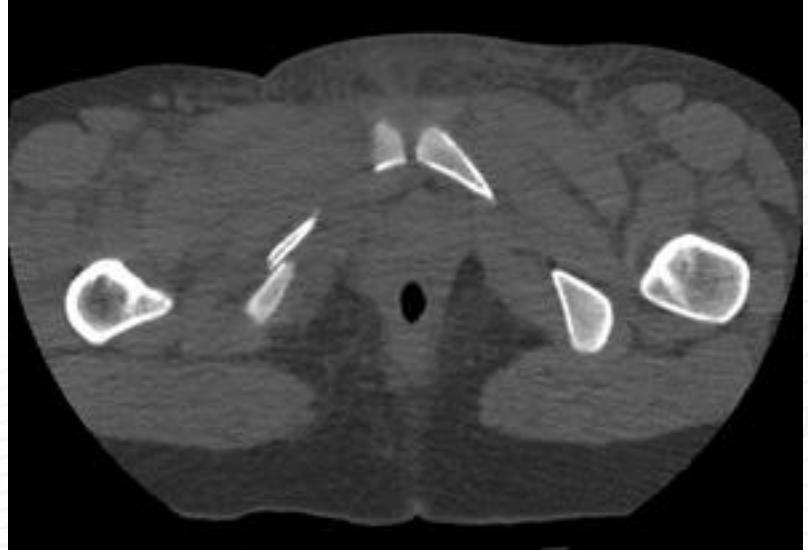
Decyzję o chirurgicznym wkroczeniu w jamę brzuszną podejmuje wyłącznie położnik-ginekolog, który opierając się na wiedzy, posiadanym doświadczeniu klinicznym oraz dogłębnej analizie indywidualnego przypadku wybiera rozwiązanie najbardziej korzystne dla zdrowia i życia pacjentki oraz jej dziecka.

Powodem poruszenia tematu jest brak dokładnego określenia wskazań ortopedycznych do wykonania CC.



WSKAZANIA

Wszystkie wskazania pozapołożnicze do CC, w tym ortopedyczne, zalicza się do grupy prewencyjnych. Bezwzględny wskazaniem do CC są warunki anatomiczne uniemożliwiające przeprowadzenie porodu drogą pochwową, takie jak niewspółmierność porodowa, patologia położnicza w obrębie miednicy, przeszkody w kanale rodnym, wady anatomiczne miednicy, wrodzone lub nabyte zwężenie miednicy, zniekształcenie kanału rodnego po przebytych złamaniu miednicy, zrost w nieprawidłowym ustawieniu odłamów, uniemożliwiającym przejście płodu przez kanał rodny. Ze strony płodu jest to makrosomia [duży płód o masie ciała >4500 g, w cukrzycy >4250 g].





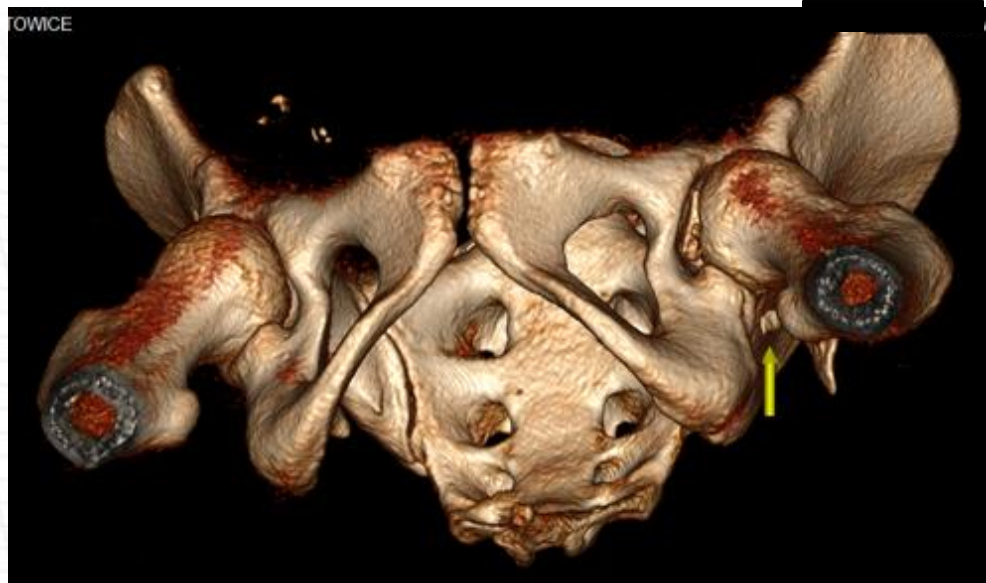
WSKAZANIA



FAKTY



FAKTY









FAKTY

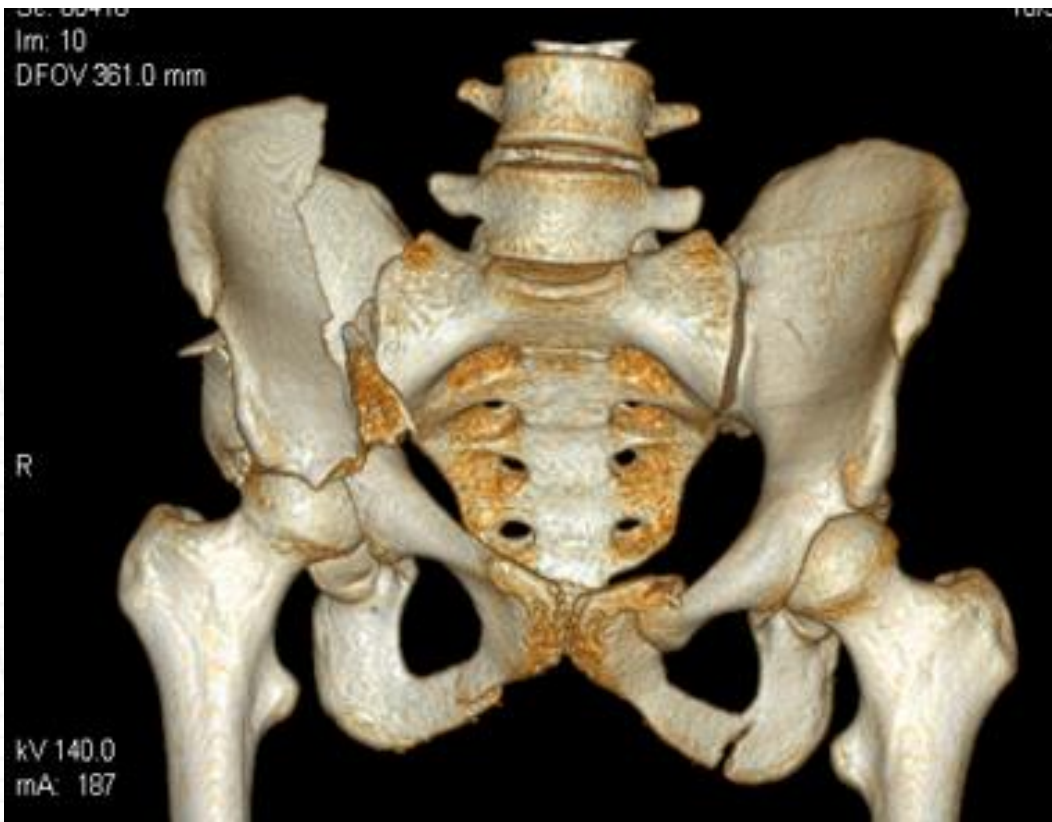
Zakres możliwych metod leczenia złamań miednicy w zależności od ich typu jest bardzo szeroki, od nieoperacyjnych, poprzez stabilizatory zewnętrzne, po rozległe otwarte zespolenia.

Odległe wyniki leczenia decydują o przewidywanym sposobie zakończenia przyszłej ciąży.

Badania statystyczne wskazują na wyraźne zwiększenie prawdopodobieństwa rozwiązania przez CC.

Jeśli u kobiet, które rodziły przed złamaniem, 8–14,5% porodów odbywało się poprzez CC, po złamaniu było to już 48–66%.

WSKAZANIA



WSKAZANIA



WSKAZANIA



WSKAZANIA









WSKAZANIA

Wskazań ortopedycznych do CC nie należy traktować imperatywnie.

Mimo obserwowanej ogólnej tendencji, poród naturalny po prawidłowym zespoleniu złamania miednicy jest możliwy, jednak w tej grupie CC wykonuje się 2 razy częściej niż w populacji ogólnej rodzących.

Złamanie miednicy jest szczególnie istotne dla kobiety w okresie rozrodczym.

Należy uświadomić ciężarnej ograniczenia możliwości naturalnego porodu:

- ale obecność implantów nie jest bezwzględnym wskazaniem do CC**
- nie ma prostej zależności pomiędzy wiekiem rodzącej, sposobem leczenia złamania i stopniem utrwalonego przemieszczenia.**



WSKAZANIA

Wskazania ortopedyczne względne:

- miednica miernie zwężona i miednica długa

Badania przydatności pelwimetrii pokazały, że poród drogą pochwową był możliwy u około 75% kobiet z prawidłową antropometrycznie miednicą, u pozostałych 25% wykonano CC.

Co więcej, przypadki pęknięcia macicy dotyczyły grupy kobiet o prawidłowej budowie miednicy.

Endoprotezy bioder

Zmiany w stawach biodrowych utrudniają czynność porodową.

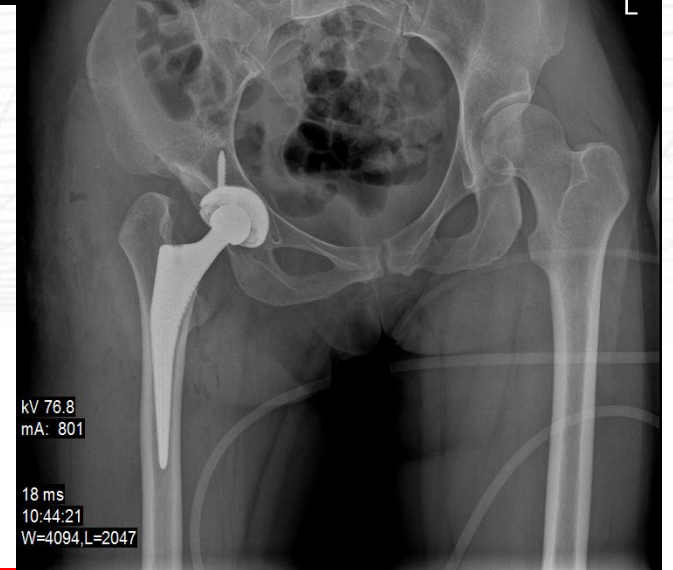
2–3% wszystkich protezoplastyk całkowitych stawów biodrowych wykonuje się u kobiet w wieku rozrodczym [22–38 lat].

WSKAZANIA



Fluoroskop Compact FD
Ex: 0000011062868
Se: 2
Im: 1

Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu
01/10/18
2841 rows, 2628 cols



WSKAZANIA





WSKAZANIA

Ciąża i poród u kobiet z założoną endoprotezą stawu biodrowego nie stanowią bezwzględnego zagrożenia dla endoprotezy.

Są doniesienia o porodach drogą pochwową u kobiet po obustronnych endoprotezoplastykach stawów biodrowych bez powikłań ortopedycznych.

Jednak u 36–93% kobiet po endoprotezoplastyce biodra wykonuje się CC, ze względu na potencjalne ryzyko zwichnięcia endoprotezy.

Relaksyna zwiększa wiotkość stawów biodrowych podczas ciąży i do 3 miesięcy po porodzie, skutkiem może być obluzowanie endoprotezy i konieczność operacji rewizyjnej biodra.

WSKAZANIA





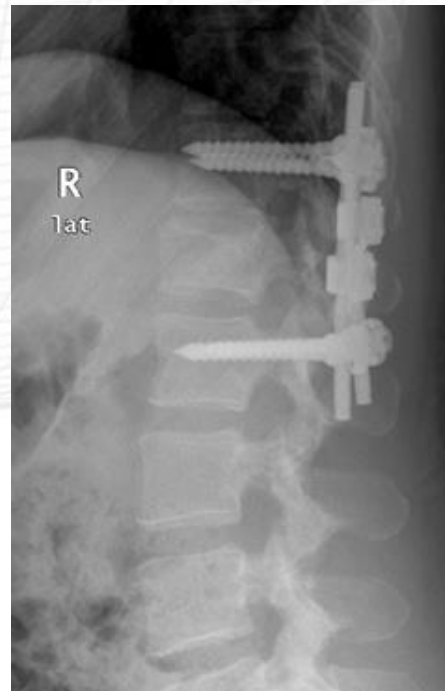
WSKAZANIA

Wskazania ortopedyczne względne:

- **Zmiany w kręgosłupie utrudniające poród siłami i drogami natury**
 - **Istnieje duże prawdopodobieństwo nasilenia objawów**
 - **W czasie ciąży, szczególnie podczas porodu, szereg schorzeń kręgosłupa może ulec zaostrzeniu, dlatego należy je uwzględniać**
 - **Wypadnięty krążek międzykręgowy**
 - **Kręgozmyk III–IV stopnia z objawami niewydolności statycznej kręgosłupa**
-

WSKAZANIA

- Urazy kręgosłupa,**
- Urazy krążka międzykręgowego**
- Uszkodzenia więzadeł**
- Uszkodzenia mięśni części lędźwiowej
kręgosłupa i miednicy**



WSKAZANIA

**Badania nie potwierdzają, by kifoskoliozy (idiopatyczna, pourazowa) zwiększały ryzyko okołoporodowe.
Skolioza nie jest czynnikiem ryzyka okołoporodowego, muszą zaistnieć inne dodatkowe okoliczności.**





CASUS

Kobieta w wieku 36 lat urodziła drugie dziecko o masie ciała 4250 g, w stanie dobrym.

Po porodzie u skarżącej pojawiły się dolegliwości ze strony miednicy i kończyn dolnych, spowodowane powikłaniem okołoporodowym: rozejściem spojenia łonowego na 35 mm.

Pytanie do biegłego:

„Czy obrażenia miednicy, do których doszło u skarżącej kobiety, mogły być konsekwencją rozejścia się spojenia łonowego, czy też musiały powstać w wyniku dodatkowych (poza standardowym prowadzeniem porodu) rękoczynów przeprowadzonych u rodzącej?”



SPOJENIE ŁONOWE

Spojenie łonowe (SŁ) jest chrząstkozrostem o szerokości ok. 4–5 mm, łączącym kości łonowe i zamykającym przedni łuk obręczy miednicy, odgrywającym istotną rolę w dynamice chodu.

W ostatnim trymestrze ciąży hormony, głównie relaksyna, rozluźniają więzadła miednicy:

SŁ poszerza się do 6–8 mm (śr. 7,7 mm [3–20 mm]), w 24% przypadków >9 mm.

Rozluźniają się więzadła stawów krzyżowo-biodrowych.

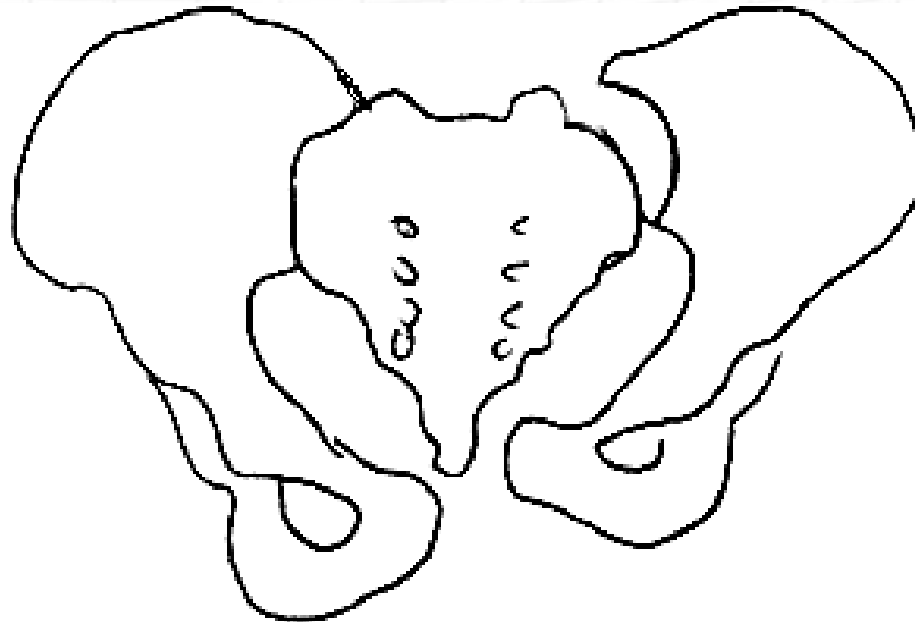
SŁ o szerokości >10 mm uważa się za patologię i określa jako rozejście SŁ (RSŁ).

Statystyki podają różne dane dotyczące RSŁ ciężarnych: od 1:300 do 1:30000

SPOJENIE ŁONOWE

**W RSŁ >40 mm poszerzeniu ulega również staw krzyżowo-
-biodrowy**

**Stopień RSŁ w czasie ciąży nie jest bezwzględnie zależny
od wielkości płodu, natomiast RSŁ w czasie porodu jest
skutkiem urazu porodowego – niestosunek porodowy
płód–miednica**





FAKTY

**Objawy RSŁ pojawiają się zwykle w 36.–38. tc.:
Ból w okolicy SŁ, okolicy krzyżowej czy pachwin
utrzymujący się przez cały dzień, uniemożliwiający
normalną aktywność, nasilający się podczas chodzenia,
napinania mięśni brzucha, przewracania się na boki,
wstawania, zmiany pozycji leżącej, stawania na jednej
kończynie dolnej, uczucie niestabilności miednicy, bioder
i dolnej części kręgosłupa lędźwiowego, dodatni objaw
Trendelenburga, chód kaczkowaty, trudności oddawania
moczu.**

Nasilenie objawów nie zawsze koreluje ze stopniem RSŁ.



FAKTY

W przypadku znacznego nasilenia objawów rozejścia poród drogą pochwową może stanowić ryzyko dla matki oraz dziecka.

Nawet RSŁ >10 mm i znacznym nasileniu objawów może być względnym wskazaniem do CC.

Ból może hamować akcję porodową.

Podczas porodu naturalnego RSŁ może się powiększyć, dodatkowo mogą się nasilić objawy uszkodzenia więzadeł stawów krzyżowo-biodrowych.

Mimo to ciężarne z bólami miednicy rodzą zwykle drogą pochwową i nie mają powikłań poporodowych, a objawy RSŁ ustępują w kilka dni po porodzie.



FAKTY

RSŁ może też wystąpić w przypadku prawidłowego porodu lub poronienia, gdy nie ma konfliktu główka płodu–miednica. Opisano RSŁ o szerokości 95 mm i stawu krzyżowo-biodrowego na 35 mm w przypadku prawidłowego porodu.

W innym przypadku RSŁ i stawu krzyżowo-biodrowego opisano w przypadku masy płodu 2500 g.

W obydwu przypadkach dokumentacja nie wykazała niewspółmierności płodowo-miednicznej.



PODSUMOWANIE

RSŁ w czasie ciąży nie stanowi zagrożenia dla ciąży, jest względnym wskazaniem do CC.

U większości kobiet z RSŁ zaleca się poród drogą pochwową, możliwy w skąpoobjawowym RSŁ (nawet 50 mm).

CC jest wskazane w przypadku, gdy bólowe ograniczenie ruchomości lędźwiowej części kręgosłupa i odwodzenie w stawach biodrowych uniemożliwiają prawidłową akcję porodową.

Poród naturalny może wtedy nasilić objawy miejscowe RSŁ, spowodować dłuższe ich utrzymywanie się po porodzie.

Decyzję o konieczności wykonania CC podejmuje położnik po uwzględnieniu pisemnej opinii ortopedy, wyjątkowo w rozejściu >10 mm, częściej >20 mm, a najczęściej >40 mm.



LECZENIE

Leczenie zachowawcze RSŁ, w zależności od stopnia przemieszczenia:

- **leżenie do ustąpienia bólu w pozycji odciążającej, a następnie na boku**
- **w przypadku rozejścia >20 mm unieruchomienie w „hamaku” lub zastosowanie szerokiego pasa z umiarkowanym dociskiem przez 2 tygodnie**
- **pionizacja po 6–8 tygodniach**
- **ortezy stabilizujące miednicę – pasy ortopedyczne miedniczne, przezskórna stymulacja nerwów**
- **chiropraktyka**



LECZENIE

Brak anatomicznego nastawienia SŁ rzadko upośledza sprawność, nie jest wskazaniem do rekonstrukcji operacyjnej.

Leczenie operacyjne: w ostateczności, gdy po porodzie utrzymują się przewlekłe dolegliwości i przemieszczenie. W przypadku utrzymywania się objawów RSŁ operuje się zwykle 6 miesięcy do roku po porodzie.

Standardowa technika: otwarte nastawienie i wewnętrzne zespolenie płytą, a następnie jej usunięcie po roku.

Sztywne zespolenie spojenia płytą eliminuje fizjologiczne ruchy w spojeniu łonowym, przenosząc je do zupełnie nieprzystosowanych do ich przejęcia stawów krzyżowo-biodrowych.



PODSUMOWANIE

Wskazania pozapołożnicze do CC według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników powinny być ustalane indywidualnie dla każdej ciężarnej, w zespole interdyscyplinarnym.

Dotyczy to również rozejścia spojenia łonowego.

Wskazania ortopedyczne w większości pokrywają się z patologią położniczą w obrębie miednicy.

PODSUMOWANIE

PROBLEM
POŁOŻNICZO-
-GINEKOLOGICZNY

ROZEJŚCIE
SPOJENIA
ŁONOWEGO
CIĘŻARNYCH

PROBLEM
ORTOPEDYCZNY



WNIOSKI

- 1/ Ze względu na wielorakość czynników warunkujących, konieczne jest indywidualne określanie wskazań ortopedycznych podczas kwalifikacji do CC.**
- 2/ Rozejście spojenia łonowego ciężarnych w zdecydowanej większości przypadków nie jest wskazaniem do wykonania CC.**
- 3/ Decyzja o CC możliwa jest w przypadku znacznego nasilenia objawów towarzyszących rozejściu spojenia łonowego w stopniu mogącym utrudnić poród drogą pochwową.**

