

Pacjentka z poronieniami nawracającymi i pęknięciem macicy w wywiadzie – połączenie farmakoterapii i fizjoterapii koncepcją na sukces położniczy

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Jerzak¹, dr n. med. Monika Szafarowska², dr n. o zdr. Marcin Rosiński³, fizjoterapeuta, Bartosz Pecarz⁴, fizjoterapeuta, lek. Agnieszka Łojek⁵, prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel⁵

¹ Praktyka Lekarska Małgorzata Jerzak, Konstancin-Jeziorna

² Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

³ Centrum Terapii Schorzeń Kręgosłupa i Stawów Obwodowych FIMEDICA w Warszawie, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

⁴ Centrum Terapii Schorzeń Kręgosłupa i Stawów Obwodowych FIMEDICA w Warszawie

⁵ I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie



WSTĘP

Szeroki dostęp do małoinwazyjnych metod leczenia, takich jak histeroskopia i laparoscopia, sprawił, że narzędzia te niezwykle często wykorzystywane są w diagnostyce oraz leczeniu niepłodności. Każdy zabieg ginekologiczny prowadzący do uszkodzenia miometrium może mieć katastrofalne w skutkach konsekwencje w postaci pęknięcia macicy w ciąży. Należy zwrócić uwagę, że zdecydowana większość przypadków pęknięcia macicy ma miejsce podczas porodu oraz podczas III trymestru ciąży. Ryzyko pęknięcia macicy w populacji ogólnej szacuje się na około 0,035% i wyraźnie wzrasta nawet do 0,99% w grupie kobiet po wyluszczeniu mięśniaków macicy. Niektórzy badacze sugerują nieco większe ryzyko pęknięcia macicy po wyluszczeniu mięśniaków z dostępu laparoskopowego – 0,99%, w porównaniu z laparotomią – 0,67% [1]. Termiczne uszkodzenie miometrium, większa dewaskularyzacja, a w konsekwencji większe włóknienie tkanki oraz mniej precyzyjne szycie macicy podczas laparoskopii wydają się odpowiedzialne za gorsze gojenie rany. Jednak uważa

się, że najważniejszym czynnikiem ryzyka pęknięcia macicy po miomektomii jest otwarcie jamy macicy podczas operacji. Operacje laparoskopowe, ze względu na mniejsze ryzyko powikłań śródoperacyjnych, mniejszą śródoperacyjną utratę krwi, krótszy czas hospitalizacji, stały się jednak preferowaną metodą leczenia łagodnych zmian macicy. W pracy zaprezentowano opis przypadku dotyczący licznych niepowodzeń rozrodu, obejmujący zarówno poronienia nawracające, jak i martwe urodzenie o dość złożonej etiopatogenezie.

OPIS PRZYPADKU

Analiza przypadku dotyczy 40-letniej pacjentki w ciąży V, poród II z poronieniami nawracającymi w wywiadzie. Pacjentka po raz pierwszy zgłosiła się do ginekologa 4 lata wcześniej po 3 utratkach ciąży przed 10. tygodniem. Dwie ciąży wystąpiły po procedurze *in vitro*, a ciąża trzecia po naturalnej koncepcji. Pacjentka przeszła wtedy 3 procedury IVF, obejmujące łącznie 2 transfery. Para była zakwalifikowana do procedur rozrodu wspomaganego ze względu na czynnik męski. Ponadto 3 lata przed pierwszą wizytą pacjentka przeszła la-

paroskopię z wyluszczeniem mięśniaka śródściennego o średnicy 25 × 28 mm oraz dwóch mniejszych podsurowicówkowych z jednoczesnym szyciem macicy. Kilka miesięcy później wykonano badanie histerosalpingograficzne (HSG) potwierdzające drożność jajowodów. U pacjentki rozpoznano chorobę Hashimoto i włączono terapię lewotyrosyną. Potwierdzono także prawidłowe kariotypy pary.

Ze względu na brak ewidentnej przyczyny niepowodzeń rozrodu diagnostyka pacjentki została rozszerzona o dodatkowe badania według opisanego poprzednio schematu [2]. Na tej podstawie wykluczono obecność zespołu antyfosfolipidowego, mutacji czynnika V Leiden oraz mutacji genu protrombiny. Wykluczono także obecność mutacji A1298C i C677T genu reduktazy metylenotetrahydrofolianu (MTHFR). Rozpoznano zespół policystycznych jajników (PCOS), któremu towarzyszyła insulinooporność oraz mutacja inhibitora tkankowego aktywatora plazminogenu (PAI-1) w układzie heterozygotycznym. Potwierdzono także współistniejącą celiakię. Ze względu na powyższe rozpoznanie oraz wywiad pacjentki rozpoczęto terapię metforminą oraz suplementację witamin i mikroelementów. Zalecono także konsultację u dietetyka (dieta o niskim indeksie glikemicznym, dieta śródziemnomorska, bezglutenowa), aktywność fizyczną – 150 min tygodniowo, w tym trening siłowy 2× w tygodniu oraz aspirynę w dawce 75 mg i enoksyparynę 40 mg od kolejnego transferu. Po przygotowaniu pacjentki zdecydowano o możliwości podejścia do kriotransferu zarodka. Około 26 dni po transferze w wykonanym badaniu ultrasonograficznym potwierdzono obecność ciąży klinicznej z widoczną czynnością serca zarodka. Ponadto badanie wykazało obecność śródściennego mięśniaka średnicy 30 mm. Wykonano test zintegrowany z białkiem PAPP_A, uzyskując prawidłowy wynik. Przebieg ciąży był prawidłowy. Przez całą ciążę kontynuowano opisane powyżej leczenie, a po uzyskaniu prawidłowego wyniku testu obciążenia glukozą w 24. tygodniu ciąży zakończono terapię metforminą. Od 36. tygodnia ciąży pacjentka wykonywała badanie KTG 1× w tygodniu. W 37. tygodniu ciąży podczas kontrolnej wizyty ze względu na wzmożone napięcie mięśnia macicy zalecono zgłoszenie się w trybie pilnym do szpitala. W warunkach szpitalnych

badanie USG ciąży, badanie ginekologiczne oraz KTG potwierdziły dobrostan płodu. Kolejnego dnia pacjentka ponownie zgłosiła się do szpitala, kontrolne badanie było prawidłowe i nie było wskazań do hospitalizacji. Dzień później ze względu na silny ból brzucha oraz brak odczuwania ruchów płodu pacjentka została przyjęta do szpitala i w trybie natychmiastowym wykonano cięcie cesarskie. Potwierdzono pęknięcie przedniej ściany macicy, ciągnące się od rogu macicy do szyjki, odklejenie łożyska oraz poród martwego płodu do jamy brzusznej. Podczas zabiegu operacyjnego wyluszczone mięśniak podśluzówkowy, pęknięty mięsień macicy zaopatrzone szwami warstwowymi. Po około 6 miesiącach pacjentka zadeklarowała chęć dalszych starań o ciążę. W wykonanych badaniach obrazowych macicy (USG 3D, rezonans magnetyczny) uwidoczniłoby ubytek mięśniówki w obrębie dna na powierzchni około 9 × 12 mm, gdzie grubość pozostałego miometrium wynosiła 2,7 mm. Zdecydowano o rekonstrukcji mięśnia macicy – poza naszym ośrodkiem. Podczas zabiegu laparotomii wykonano rekonstrukcję mięśnia macicy oraz założono wkładkę wewnątrzmaciczną na 3 miesiące. Ze względu na powyższe zdecydowano o wykonaniu kontrolnej histeroskopii. Podczas zabiegu rozpoznano zespół Ashermana – przecięto pojedyncze zrosty w jamie macicy. Następnie pacjentka została zakwalifikowana do terapii czynnikami wzrostu GCSF w celu mobilizacji autologicznych komórek progenitorowych do krwi obwodowej jednorazowo domacicznie przed transferem w programie IVF oraz od transferu śródskórnym w dawce 30 mln co tydzień. Ponadto zdecydowano o włączeniu do leczenia kwasu alfa-liponowego w dawce 300 mg/dobę. Po kolejnych 3 miesiącach pacjentkę zakwalifikowano do embriotransferu. Niestety w 3 kolejnych transferach nie uzyskano ciąży, więc zdecydowano o poszerzeniu diagnostyki o badania immunologiczne: ocena cytokin Th1/Th2 oraz ocena komórek NK i Treg (CD16 5%, CD56 6%, Treg 9% oraz brak aktywności komórek NK %), uzyskując prawidłowe wyniki. Pacjentkę zakwalifikowano do kolejnego programu IVF, w którym po kriotransferze zarodka uzyskano ciążę. Podczas ciąży kontynuowano poprzednio ustalone leczenie metforminą w dawce 500 mg XR po kolacji i leczenie prze-

ciwzkrzepowe aspiryną 150 mg do 36. tygodnia ciąży oraz enoksaparyną w dawce 40 mg do porodu. Ciąża przebiegała prawidłowo. Ze względu na asymetrię miednicy oraz napięte więzadła i stawy krzyżowo-biodrowe po stronie lewej pacjentkę skierowano do fizjoterapeuty, obserwując w trakcie kolejnych konsultacji połączonych stopniowo znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Jak wspomniano powyżej, elementem terapii pacjentki były zabiegi z zakresu fizjoterapii oraz medycyny osteopatycznej prowadzone z częstotliwością 1 sesji w tygodniu trwającej 30 minut, łącznie pacjentka odbyła 10 takich wizyt. Zakres oddziaływania fizjoterapeutycznego ukierunkowany został na poprawę ogólnego stanu funkcjonalnego pacjentki i zmniejszenie dolegliwości bólowych w obszarze wyrostka mieczykowatego, mostka oraz łuków żebrowych, co utrudniało pacjentce swobodne i głębokie oddychanie. Głównymi obszarami poddawanych terapii manualnej były następujące struktury: mostek z wyrostkiem mieczykowatym, łuki żebrowe, żebra, kręgosłup lędźwiowy, przejście lędźwiowo-krzyżowe, stawy krzyżowo-biodrowe, stawy biodrowe, więzadła pachwinowe, przepona, mięśnie ud (mm. przywodziciele), mięśnie dna miednicy (przepona miednicy: dźwigacz odbytu, mięsień guziczny, górna i dolna powięź przepony miednicy), mięśnie z grupy rotatorów zewnętrznych stawu biodrowego (m. gruszkowaty, bliźniaczy górny i dolny, czworoboczny uda, zaślaniacz wewnętrzny i zewnętrzny), a także powięź brzucha (powierzchnowa, poprzeczna). W związku z terapią powyższych struktur na poziomie funkcjonalnym wykorzystywane były następujące techniki fizjoterapeutyczne: terapia tkanek miękkich (techniki energizacji mięśniowej TEM, techniki rozluźniania mięśniowo-powięziowego, terapia punktów spustowych, techniki powięziowe, praca na bruzdach mięśniowych, techniki relaksacji poizometrycznej PIR, techniki oddechowe) oraz terapia manualna (mobilizacje stawowe wg Kaltenborna-Evjentha, mobilizacje oscylacyjne wg FOI – Funkcjonalna Osteopatia i Integracja wg Beckera, techniki mobilizacyjne żeber, łuków żebrowych oraz mostka). W uzupełnieniu oddziaływania fizjoterapeutycznego skupiającego się na poprawie funkcji narządu ruchu i zmniejszeniu

dolegliwości bólowych wynikających z jego dysfunkcji równolegle podczas sesji terapeutycznych wprowadzono elementy medycyny osteopatycznej. W przypadku pacjentki dotyczyły one pracy na układzie wegetatywnym i miały na celu przywrócenie zaburzonej równowagi autonomicznej w związku z przebytymi przez pacjentkę silnymi sytuacjami stresowymi. Pacjentka sygnalizowała w wywiadzie problemy z głębokim oddychaniem, odczucie „zatykania” w obrębie mostka, żeber i przepony, a także zwracała uwagę na silne napięcia mięśniowe związane z odczuwanymi sytuacjami stresowymi. W związku z tymi rodzajami dolegliwości wykonywane były techniki unoszenia żeber, techniki pracy z przeponą, techniki dedykowane powięzi przedniego aspektu szyi, techniki pracy w obrębie śródpiersia, techniki równoważenia układu czaszkowo-krzyżowego oraz terapia na przebiegu nerwu błędnego (techniki powięziowe pochewki tętnicy szyjnej, otwór czaszki, górny otwór klatki piersiowej, śródpiersie, przepona). Powyższe sposoby terapii ukierunkowane były na aktywizowanie układu przywspółczulnego przy jednoczesnym hamowaniu nadmiernej aktywności układu współczulnego w ramach wzajemnego sprzężenia zwrotnego. W trakcie trwającej 15 tygodni terapii zmieniały się proporcje czasowe łączonych podczas sesji dwóch sposobów oddziaływania leczniczego: fizjoterapeutycznego i osteopatycznego. W pierwszym okresie z racji zwiększonych dolegliwości bólowych (głównie w okolicy mostka i łuków żebrowych) 75% czasu terapii dotyczyło technik terapii manualnej mającej na celu zredukowanie bólu i poprawę funkcji. Pozostałe 25% obejmowało pracę na układzie autonomicznym. W trakcie trwania terapii i tym samym stopniowego zmniejszania się dolegliwości proporcje czasowe zmieniały się do relacji 50/50, aby w ostatniej fazie osiągnąć stosunek 30/70 na korzyść układu wegetatywnego [3–6].

Fizjoterapia była prowadzona od 16. tygodnia ciąży i miała istotne znaczenie także dla stanu psychicznego pacjentki, co było w naszym odczuciu ważne w profilaktyce poronienia i porodu przedwczesnego. Farmakoterapia metforminą była kontynuowana przez całą ciążę w profilaktyce poronienia i porodu przedwczesnego. Od 31. tygodnia ciąży pacjentka