Mechanizmy urazów porodowych struktur miednicy mniejszej obejmują uszkodzenia nerwów, struktur mięśniowych oraz zmiany w obrębie tkanki łącznej. Literatura przedmiotu zawiera wiele dowodów na to, że poród drogami natury jest istotnym czynnikiem ryzyka uszkodzenia nerwu sromowego, dolnej części mięśnia dźwigacza odbytu oraz powięziowych struktur odpowiedzialnych za statykę narządów miednicy mniejszej, jak przegroda odbytniczo-pochwowa.

Trudna do oszacowania jest skala urazów mięśni dna miednicy bez towarzyszącego pęknięcia krocza co najmniej III stopnia. Uważa się, iż u podłoża nietrzymania moczu lub/i stolca u pacjentek, u których nie rozpoznano uszkodzenia zwieracza odbytu bezpośrednio po porodzie, leży neuropatia nerwu sromowego lub/i uszkodzenie mięśnia dźwigacza odbytu. Szacuje się, że w około 16% porodów drogami natury dochodzi do uszkodzenia nerwu sromowego. Objawy neuropatii nerwu sromowego występują częściej po porodach przedłużonych, po trakcji próżniociągiem i po urodzeniu płodu o masie powyżej 4000 g.

U 35% pierworódek w 6 miesięcy po porodzie drogami natury stwierdza się w badaniu ultrasonograficznym uszkodzenie mięśnia dźwigacza odbytu. Około 1/3 z tych pacjentek zgłasza objawy zaburzeń w oddawaniu stolca (nagląca potrzeba oddania lub nietrzymanie stolca). Poważne defekty mięśnia dźwigacza odbytu stwierdza się u nawet 53% kobiet, u których podczas porodu drogami natury zastosowano kleszcze.

Pacjentki po porodzie drogami natury wykazują osłabienie siły mięśni dna miednicy w porównaniu z kobietami po selektywnym cięciu cesarskim. Różnica ta zaciera się wraz z liczbą przebytych, donoszonych ciąż.

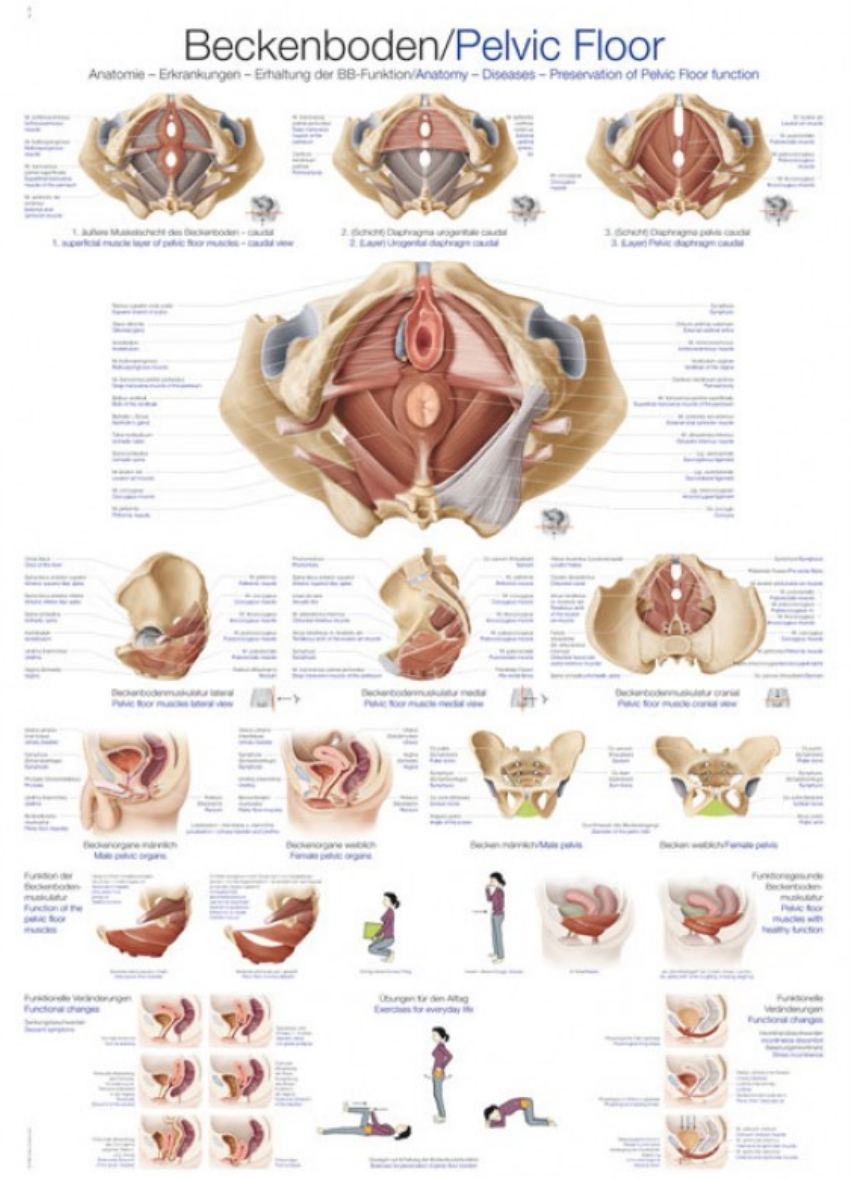
Pierwszy poród drogami natury zwiększa ryzyko zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej (ang. pelvic organ prolapse – POP) od 4 do 11 razy. Coraz więcej dowodów wskazuje na to, że czynnikiem sprawczym poporodowego POP nie jest wyłącznie II okres porodu, ale również I okres porodu i ciąża. Ryzyko wystąpienia POP u pacjentek, u których wykonano cięcie cesarskie (CC) w trakcie trwania I okresu porodu, jest zbliżone do tego, jakie notuje się u pacjentek, które urodziły drogami natury. Protekcyjny wpływ na rozwinięcie się POP wykazano tylko dla selektywnych CC wykonanych bez poprzedzającej akcji skurczowej macicy.

Innymi czynnikami ryzyka POP są zajście w pierwszą ciążę w młodym wieku, zabieg kleszczowy oraz masa płodu powyżej 4500 g. Poród drogami natury wiąże się z ponad dwukrotnym ryzykiem rozwinięcia się w przyszłości wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) w porównaniu z nieródkami. Pojawienie się nietrzymania moczu podczas pierwszej ciąży lub w połogu stanowi silny czynnik ryzyka wystąpienia WNM w przyszłości.

Przedmiotem kontrowersji jest wpływ znieczulenia zewnątrzoponowego (ZZO) na ryzyko urazów śródporodowych dróg rodnych. ZZO wpływa na wydłużenie zarówno I, jak i II okresu porodu, zwiększa odsetek porodów zabiegowych oraz wiąże się z relatywnie częstym nacinaniem krocza. W literaturze przedmiotu istnieją dowody na zwiększoną częstość uszkodzeń zwieracza odbytu u kobiet znieczulanych zewnątrzoponowo podczas porodu drogami natury, jak i prace, które nie wykazały takiego związku. ZZO nie wydaje się wpływać na ryzyko uszkodzenia śródporodowego mięśnia dźwigacza odbytu.

Urazy tkanek miękkich kanału rodnego i/lub struktur miednicy mniejszej mogą mieć poważne zarówno doraźne, jak i długoterminowe konsekwencje zdrowotne, spośród których najważniejsze to:

- krwotok
- infekcja
- ból okolicy krocza
- przetoki
- nietrzymanie moczu, stolca, gazów
- spadek jakości życia seksualnego (dyspareunia) [15]



Literatura

1. Heit M, Mudd K, Culligan P. Prevention of childbirth injuries to the pelvic floor. Curr Womens Health Rep. 2001;1:72–80.
2. Dietz H, Wilson P. Childbirth and pelvic floor trauma. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2005;19:913–924.
3. Kearney R, Miller J, Ashton-Miller J, Delancey J. Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. Obstet Gynecol. 2006;107:144–149.

4. Sultan A, Kamm M, Hudson C, et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med. 1993;329:1905–1911.
5. DeLancey J, Morgan D, Fenner D, et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2007;109:295–302.
6. O'Boyle A, O'Boyle J, Ricks R, et al. The natural history of pelvic organ support in pregnancy. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2003;14:46–49.
7. Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, et al. Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters. BJOG. 2000;107:1360–1365.
8. Sze E, Sherard G 3rd, Dolezal J. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 2002;100:981–986.
9. Rortveit G, Daltveit A, Hannestad Y, et al. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. N Engl J Med. 2003;348:900–907.
10. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:248–254.
11. Robinson J, Norwitz E, McElrath T, Cohen A. Epidural analgesia and third- or fourth-degree laceration in nulliparas. Obstet Gynecol. 1999;94:259–262.
12. Malinowska-Polubiec M, Knaś M, Czajkowski K, i wsp. Okołoporodowe urazy dróg rodnych. Perinatol Neonatol Ginekol. 2009;2:195–202.