

Strokovni prispevek/Professional article

PARAPLEGIJA IN NOSEČNOST – PRIKAZ PRIMERA

PARAPLEGIA AND PREGNANCY – CASE REPORT

Črtomir Knap

Zdravstveni dom Idrija, Otona Župančiča 3, 5280 Idrija

Prispelo 2001-03-14, sprejeto 2001-10-11; ZDRAV VESTN 2001; 70: 679-81

Ključne besede: nosečnost; paraplegija

Izvleček – Izhodišča. Odločitev za nosečnost in materinstvo sprejema vedno manj žensk, zato število rojstev vsako leto v Sloveniji pada. Nosečnost pri ženskah z okvaro hrbtenjače pomeni večjo odgovornost zanjo in za njenega ginekologa.

Zaključek. V prispevku avtor prikazuje potek nosečnosti pri ženski s poškodbo vretenca Th 11 in pripadajočim nevrološkim izpadom.

Uvod

V Sloveniji obravnavajo na Inštitutu za rehabilitacijo invalidov 70 do 80 oseb letno s svežo okvaro hrbtenjače. Najpogostejši vzroki so: prometna nesreča v 31%, padec v 26%, skok v vodo v 5% in 38% raznih drugih nesreč, poškodb in operativnih posegov. Razmerje med žensko in moško populacijo je 30 : 70. Približno 47% je žensk v rodnem obdobju med 15. in 45. letom starosti. Zveza paraplegikov Slovenije ima včlanjenih 73 žensk v starostnem obdobju od 15 do 45 let. Tudi omenjena organizacija sama nima natančnih podatkov o številu rojenih otrok. Predvidevajo, da so bili v zadnjih petih letih rojeni trije do štiri otroci materam z okvaro hrbtenjače, perinatalni informacijski sistem pa posebej ne zajema podatkov o ženah s paraplegijo in njihovi nosečnosti in tudi na Istitutu za varovanje zdravja nimajo nobenega posebnih podatkov o teh osebah.

Pri ženskah s poškodbo hrbtenjače, ki so v rodnem obdobju, nastane problem s spolnostjo. Njihovo spolno življenje je manj kakovostno, saj ga ženske razvrstijo na zadnja mesta po pomembnosti v življenju in na zadnja mesta po zadovoljstvu. Glavni problemi so povezani z uhajanjem blata in urina med spolnim odnosom in nezadovoljstvom partnerja (1). Vedno več je žensk, ki si kljub poškodbi želijo družino, saj poškodba hrbtenjače ni nepremostljiva ovira za spolnost in materinstvo. Ženska, ki ni imela problemov z rodnostjo pred nesrečo, jih tudi po nesreči ne bo imela.

Ob poškodbi nastopi obdobje brez menstruacije, ki lahko traja od treh mesecev do enega leta, sledijo neredni menstrualni ciklusi, ki se v petih mesecih uredijo.

Pri ženskah, ki nočejo zanositi, nastopi problem kontracepcije. Metode kontracepcije so enake kot pri ostali populaciji, uporaba kondoma, spermicidne kreme in gobice, diafragme, kontracepcijske tablete in hormonski vložki.

Uporaba kondoma nima nobenega stranskega učinka in se lahko uporablja ne samo kot kontracepcijsko sredstvo, pač pa tudi kot zaščita pred spolno prenosljivimi boleznimi.

Key words: pregnancy; paraplegia

Abstract – Background. Fewer women decide for pregnancy and motherhood, therefor the number of new born children in Slovenia is decreasing yearly. In spinal cord-injured women the decision for pregnancy tends to be even more responsible for herself and her obstetrician.

Conclusion. In the following article the pregnancy are shown on a women with lesion at T11.

Pri diafragmi nastopi problem namestitve, če so prizadete tudi roke. Pri slabosti mišic medeničnega dna je težko obdržati diafragmo na svojem mestu.

Spermicidne kreme in gobice se lahko uporablja kot dodatek skupaj s kondomom in diafragmo.

Kontracepcijske tablete in hormonski vložki niso najboljša izbira zaradi možnih zapletov, tj. tvorbe krvnih strdkov v nogah in povišanega krvnega tlaka ter posledično možnost embolije (2). Zaradi mirovanja so že zaradi stanja samega v skupini s povečanim tveganjem za nastanek krvnega strdka in embolije.

Odločitev za nosečnost mora biti odgovorna, saj je nosečnost lahko združena z nekaterimi zapleti. Pogostejše spremembe, ki se pojavljajo pri nosečnici z okvaro hrbtenjače, so preležanine, avtonomna disrefleksija in povečana spastičnost mišičja, uroinfekti, čezmerna pridobitev telesne teže in težave z odvajanjem blata, anemija, tvorba krvnih strdkov v nogah, motena pljučna funkcija. Zaradi stalnih urinskih okužb lahko pride do prezgodnjega poroda in rojstva otroka s prenizko težo, kar pomeni večjo obolenost in umrljivost tako matere kot otroka (3).

V času poroda je največja nevarnost spastičnosti in kontrakture mišičja, ki vodi v nepravilen potek poroda – distocija. Ženske s poškodbo hrbtenjače lahko rodijo po naravni poti. Tak porod poteka sorazmerno hitro in materi in otroku ne povzroča večjih in trajnih poškodb ter za mater in očeta ni izrazito neprijetna izkušnja (4).

– Preležanine: nastopijo zaradi povečane telesne teže, slabokrvnosti in težje gibljivosti. Preležanine se preprečujejo z ustrezno uravnoteženo prehrano in zadostno hidracijo. Ostali ukrepi so tehnične narave: od večjega vozička do raznih podlog ali uporabe trapeza. Vsi ukrepi so povezani z ohranjanjem gibljivosti nosečnice na vozičku.

– Avtonomna hiperrefleksija: mišični krči v obliki spazmov so pogostejši v nosečnosti pri bolnicah s poškodbo hrbtenjače. Povečana krčavost je lahko znak uroinfekta, zaprtosti ali preležanin. Avtonomna hiperrefleksija, kot posebna oblika mi-

šičnih krčev, se pojavlja pogosteje pri ženskah s poškodbo hrbtenjače v višini Th 6 in višje. Vzroki, ki lahko privedejo do tega stanja, so začetek poroda, epiziotomija ali nega ob porodu. Klinični znaki, ki spremljajo avtonomno hiperrefleksijo, so zelo burni. Povzročijo jo lahko poln mehur, peristaltika črevesja ali zaprtje, popadki, zamenjava urinskega katetra ali vaginalni ali rektalni pregled. Prisoten je povišan krvni tlak z glavobolom, rdečico v obraz in vrat ter bledico ostalega telesa. Nenaden porast krvnega tlaka, ki ni zdravljen, lahko privede do krvavitve v možganih in krčev, ki niso posledica epilepsije ali možganskega tumorja, in nato smrti. V takih primerih je potrebno odstranjevati vzroke. Ob nastopu poroda je treba takoj začeti z epiduralno anestezijo za zmanjšanje vzdražnosti pri porodu. Potrebno je odstraniti še druge vzroke, kot so poln mehur in distenzija, ki jo povzroča, zaprtost in občutek nelagodnosti (5).

- Okužbe sečil: Vnetja so pogosta zaradi anatomskih in hormonskih sprememb. Zaradi hormonskih sprememb pride do dilatacije sečevodov in ledvičnih čašic, zmanjša se peristaltika sečevodov, poveča se količina zaostalega urina po praznjenju zaradi povišane ravni estrogenov in progesterona. Pritisk nosečniškega uterusa in hipertrofija spodnje tretjine uretre stanje slabša, saj se začnejo v prvi tretjini nosečnosti in se slabšajo med vso nosečnostjo (6). Te spremembe na uretri so izrazitejša na desni strani in v prvi nosečnosti. V 20% nezdravljen uroinfekt preide v vnetje ledvičnih čašic (pielonefritis).

- Anemija: ko je količina hemoglobina v litru krvi pod spodnjo mejo normalne vrednosti, kar je po priporočilu SZO za nosečnico 110 g/l Hb (7).

- Tvorba krvnih strdkov v nogah: zaradi zelo zmanjšane gibljivosti in same nosečnosti je povečana koagulabilnost krvi in možnost nastanka krvnih strdkov predvsem v venah spodnjih udov in medeničnih venah. Krvni strdki lahko potujejo v srce in pljuča in ogrožajo življenje kot pljučna embolija. Znaki pljučne embolije so povrhnje dihanje, bolečina v prsih in pospešen utrip srca.

- Motena pljučna funkcija: je posebno v ospredju pri bolnikih, katerih respiratorna funkcija je mejna. Prizadete so osebe z ohromelostjo vseh štirih udov in visoko paraplegijo. Med nosečnostjo te potrebujejo podporo ventilacije. Mehansko ventilacijo izvajamo pri pacientkah z ohromelostjo vseh štirih udov, ko se vitalna kapaciteta zmanjša pod 15 ml/kg.

Paraplegija sama po sebi ne povečuje tveganja za mrtvorojenost ali zastoj rasti v primerjavi z ostalo populacijo. Obstaja pa visoko tveganje za prezgodnji porod, zato se priporočajo meritve dolžine vratu maternice. Prezgodnje krče maternice lahko bolnica z okvaro hrbtenjače čuti s tipanjem trebuha. Maternica je oživčena iz segmentov hrbtenjače Th10-Th12. Če je poškodba višje od Th10, mati ne čuti otrokovih gibov ali krčev maternice.

Začetek poroda se lahko začne s trebušno bolečino in napenjanjem, bolečino v hrbtu, pritiskom v mali medenici, s spazmom in avtonomno hiperrefleksijo.

Porod se začne z dilatiranjem materničnega vratu. Bolečina se prenaša po simpatičnem nitju v hrbtenjačo k Th10-L1. V drugi fazi poroda, ko se poraja otrok, je bolečina posledica pritiska na strukture medeničnega dna. Bolečina se prenaša po n. pudendalis v višino S2-S4.

Med samim porodom se priporoča epiduralna anestezija za zmanjšanje bolečine in preprečevanje avtonomne hiperrefleksije.

Pri porodu ženske z okvaro hrbtenjače se ne pričakuje večjih zapletov. V 10% se pojavljajo nepravilne vstave. Vzroki za operativno dokončanje poroda pa so krvavitev, nepravilna vstava, nenapredovanje poroda, materina želja po sterilizaciji, nastop poroda v nekaj dneh po operativni oskrbi poškodovane hrbtenice. V nekaterih člankih poročajo, da je operativno dokončanje poroda v do 45% (3, 5).

Prikaz primera

Sedaj 37-letna bolnica je v starosti 17 let doživela prometno poškodbo s poškodbo hrbtenjače in posledično paraplegijo zaradi preloma vretenca Th11.

V času odločitve za nosečnost je bila na vozičku samostojna, brez stalnega katetra, mehur si je praznila ročno, preležanin ni imela. Razen stalnih težav z uroinfektom je bila zdrava. Pred zanositvijo se je cepila proti hepatitisu B, jemala je folno kislino. Zaradi prisotnih bakterij v urinu je jemala antibiotično zaščito po antibiogramu (izolirana je bila *E. coli*) tudi v času koncepcije.

V 10. tednu nosečnosti je bila na pregledu na Ginekološki kliniki zaradi krvavitve iz rodil. UZ pregled ni potrdil retroplacentarne krvavitve. Svetovali so ji kateterizacijo mehurja in gestagene za en teden. Bolnica kateterizacije ni opustila do konca nosečnosti in jo je izmenično menjavala z ročnim praznjenjem mehurja.

V času nosečnosti smo v ambulantni kontrolirali urinski in krvni izvid ob vsaki kontroli, tj. na 3 tedne. Kljub rednemu praznjenju mehurja pa je preiskava po Sanfordu zelo spremenljiva. Rezultat preiskave v 15. tednu nosečnosti je ponovno pokazal prisotnost *E. coli*, nato pa je do 28. tedna nosečnosti sterilna. Do konca nosečnosti so preiskave pokazale porast druge bakterije - *Enterococcus faecalis*, zato je nosečnica zamenjala antibiotično terapijo, namesto amoksicilina je jemala cefuroksim. Povedala je, da je zadnjih 10 tednov nosečnosti dostikrat praznila mehur tudi na 2 uri, kot je bilo priporočeno (8), saj je imela stalno neprijeten občutek, da ji urin smrdi in da ji pogosteje uhaja.

Nikoli med nosečnostjo ni imela povišane temperature kot znak akutnega pielonefritisa.

Laboratorijski izvidi urina se niso vedno ujemali s preiskavo po Sanfordu, saj vse do 20. tedna nosečnosti v sedimentu urina niso bile opisane prisotne bakterije. Proti koncu nosečnosti pa se v sedimentu pojavljajo tudi eritrociti (morda zaradi kateterizacije), številni levkociti in bakterije.

Izrazitega razvoja anemije, ko je količina hemoglobina v litru krvi pod spodnjo mejo normalne vrednosti, pri nosečnici ni bilo. Količina hemoglobina je bila vse do 31. tedna nosečnosti nad 110 g/l. Po tem tednu nosečnosti pa je padla na 109 g/l in se ni povečala ali zmanjšala kljub zdravljenju z železom.

Opravljen je bila preiskava na nugalno svetlino, katere rezultat 1,4 mm je ni uvrstil v skupino s tveganjem. Rezultat trojnega hormonskega testa jo je uvrstil v skupino z večjim tveganjem za rojstvo otroka z Downovim sindromom, zato je bila opravljena tudi amniocenteza v 16. tednu nosečnosti, ki pa je pokazala normalen izvid.

V 14. tednu nosečnosti je nastala manjša preležanina, ki se je po 14 dneh ležanja zacelila. Do tega trenutka je bolnica pridobila samo 0,5 kg. Svojih življenjskih navad ni spreminjala.

V 24. tednu nosečnosti je bila UZ merjena dolžina materničnega vratu, ki ni odstopala od normalne dolžine. Nosečnost je potekala ves čas normalno.

Nosečnico je avtor vodil do poroda. V 38. tednu in 39. tednu nosečnosti je napravil kardiotokografijo, ki je bila reaktivna brez znakov maternične aktivnosti.

Izračunani rok poroda je bil 1. 7. 2000. Nosečnica je bila hospitalizirana od 30. 6. 2000 do odpusta po porodu 11. 7. 2000. Porod se je začel spontano s popadki in je bil nato stimuliran. Zaradi zastoja poroda na medeničnem dnu in akutno ogroženega ploda je bil napravljen izhodni vakuum. Poporodni potek je bil normalen. Normalno je dojila.

Zaključki

Vodenje nosečnice s poškodbo hrbtenjače na vozičku je bilo povsem enako kot vodenje ostalih nosečnic. Na kontrole je hodila 1-krat mesečno, s tem da smo preiskavo urina po Sanfordu opravljali ob vsakem pregledu. Stalno je bila pod antibiotično zaščito zaradi okužb sečil. Med nosečnostjo ni imela nobenih drugih težav, kar govori v prid visoko motiviranega materinstva. Poroda se ni bala.

Izkušnja je nadvse pozitivna, avtor se je moral sočasno izobraževati, veliko je bila v pomoč sama bolnica, ki je informacije o nosečnosti in porodu pridobivala od mater s podobno poškodbo. Pogrešamo možnost interdisciplinarnega pristopa k takim bolnicam. V tem primeru je bila bolnica ozaveščena in je sama iskala ustrezne informacije na več naslovih. Tehnično vodenje poroda ni bilo zahtevno, vendar si kar na nekaj vpra-

šanj avtor ni znal odgovoriti. Vprašanja se niso nanašala na nosečnost, temveč na porod in poporodno skrb za otroka. Socialno in družinsko okolje je zelo pomembno za uspešno materinstvo.

Literatura

1. White MJ, Rintala DH, Hart KA, Fuhrer MJ. Sexual activities, concerns and interests of women with spinal cord injury living in the community. *Am J Phys Med Rehabil* 1992; 72: 372-8.
2. Lindegaard O. Oral contraception and risk of cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *Br Med J* 1994; 306: 956-63.
3. Westgren N, Hultling C, Levi R, Westgren M. Pregnancy and delivery in women with a traumatic spinal cord injury in Sweden 1980-1991. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 926-30.
4. Pajntar M. Normalen porod. In: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 140-77.
5. Cross LL, Meythaler JM, Tuel SM, Cross AL. Pregnancy, labor and delivery post spinal cord injury. *Paraplegia* 1992; 130: 890-902.
6. Freingold M, Crawford J. Urologic management of quadriplegic patient during pregnancy. *Infect Urol* 2000; 13: 77-88.
7. Meglič V. Anemije v nosečnosti. In: Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1994: 42-5.
8. Erickson RP, Merritt JL, Opitz J, Ilstrup DM. Bacteriuria during follow-up in patients with spinal cord injury. I: rates of bacteriuria in various bladder-emptying methods. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 409-12.