

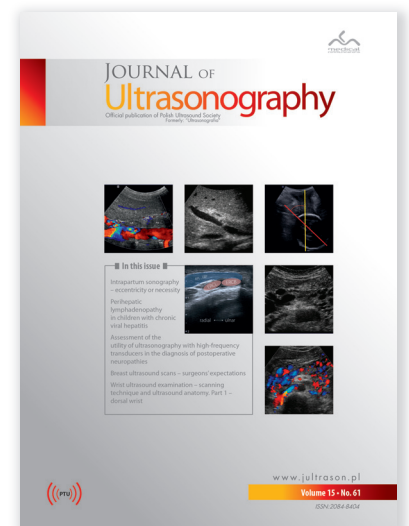
Komentarz redakcyjny do artykułu M. Dębskiej, P. Kretowicza i R. Dębskiego pt.: *Ultrasonografia na sali porodowej – fanaberia czy konieczność?*

Editorial Comment on: M. Dębska, P. Kretowicz, R. Dębski *Intrapartum sonography – eccentricity or necessity?*

Małgorzata Kołodziejczak

Head of Warsaw Proctology Center, Saint Elisabeth Hospital, Warsaw, Poland

DOI: 10.15557/JoU.2015.0020



Niniejszy artykuł⁽¹⁾ porusza niezmiernie istotną kwestię wykorzystania badania ultrasonograficznego na sali porodowej. Autorzy omawiają znaczenie badania USG do oceny postępu porodu. Choć pierwsze doniesienia na ten temat ukazały się około 20 lat temu, to dopiero w ostatnich kilku latach badania te zaczęły być wykonywane masowo⁽²⁻⁴⁾. Część publikacji na ten temat dotyczy oceny porównawczej opcji 2D i 3D⁽³⁾; niektóre porównują przedmiotowe badanie proktologiczne z oceną ultrasonograficzną przebiegu porodu^(5,6). Prawie wszyscy badacze są zgodni co do celowości wykonywania badania ultrasonograficznego na sali porodowej i obecnie nie ulega już wątpliwości, że im większą liczbą informacji dotyczących przebiegu porodu dysponuje lekarz położnik, tym poród jest bezpieczniejszy dla pacjentki i noworodka. Dlatego też każdy artykuł na temat zastosowania ultrasonografii na sali porodowej jest cenny. Autorzy w zwięzły sposób omówili zarys historyczny, wskazania oraz praktyczny aspekt wykonywania ultrasonografii w trakcie porodu, powołując się na 30 pozycji piśmiennictwa z ostatnich lat. Należy mieć nadzieję, że po przeczytaniu tej pracy większość ginekologów położników nie będzie już miała wątpliwości co do przydatności ultrasonografii na sali porodowej.

Jako chirurg koloproktolog chciałabym wspomnieć o jeszcze jednym aspekcie wykorzystania badania USG. Mianowicie monitorowanie postępu porodu może zapobiec poważnemu powikłaniu, jakim jest uszkodzenie zwieraczy odbytu o tzw. charakterze neurogenym (*neurogenic anal incontinence*). Choroba zwana jest „cichą” (*silent disease*), z uwagi na wstydlivość problemu oraz brak jej nagłaśniania zarówno przez lekarzy, jak i pacjentki. Przyczyną tej trudno leczącej się, a w wielu przypadkach nieuleczalnej dolegliwości, która eliminuje kobiety z życia społecznego, jest przedłużony poród i ucisk główki dziecka na nerw sromowy, przyciskany do kolca kulszowego. Prace wykazały,

This article discusses an extremely significant issue of using ultrasonography in the delivery room. The authors discuss the role of ultrasonography in assessing the course of labor. Although the first reports on this subject appeared approximately 20 years ago, the mass use of such examinations has started only recently⁽²⁻⁴⁾. In some of these reports, the 2D and 3D imaging is compared⁽³⁾ whereas some of them compare a physical anorectal examination with ultrasound assessment of labor^(5,6). Nearly all authors agree that ultrasonography in the delivery room is useful and, currently, the more information is available to the obstetrician, the safer the delivery is both for the mother and child. Each article on the use of ultrasonography in the delivery room is therefore valuable. The authors of this paper present a concise historical review as well as indications for and practical aspects of US examinations during labor, referring to 30 recent publications. One should hope that this article will resolve any doubts of obstetricians and gynecologists concerning the utility of ultrasonography during labor.

As a surgeon coloproctologist, I would like to mention another aspect of applying this modality. Namely, labor monitoring can prevent a serious complication, i.e. so-called neurogenic anal incontinence. This is a “silent disease” due to its embarrassing nature and the fact that doctors or patients rarely talk about it. The cause of this difficult-to-treat, and in many cases – untreatable condition, which makes women withdraw from social life, is prolonged labor and compression of the child’s head on the pudendal nerve which is pushed against the ischial spine. Studies have demonstrated that prolonged labor of >8 hours leads to irreversible neuropathy of this nerve⁽⁷⁾.

The second application of ultrasonography, more specifically – endosonography, has been frequently discussed

że przedłużony poród >8 godzin prowadzi do nieodwracalnej neuropatii tego nerwu⁽⁷⁾.

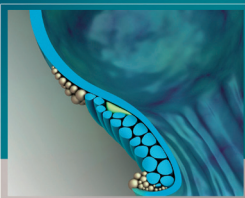
O drugim zastosowaniu ultrasonografii, tym razem endosonografii, pisano niejednokrotnie na łamach „Journal of Ultrasonography” oraz „Ultrasonografii”^(8,9), gdyż uraz okołoporodowy, zarówno mechaniczny (przerwanie zwieraczy), jak i neurogeny czy też o charakterze mieszanym, jest najczęstszą przyczyną inkontynencji u kobiet. Od 3 do 35% uszkodzeń zwieraczy przy porodzie to uszkodzenia ukryte, nieme klinicznie (*occult anal sphincter defect*)⁽¹⁰⁾. W badaniach własnych odsetek uszkodzeń ukrytych wyniósł 3,9%⁽¹¹⁾. Takie uszkodzenia pozostają niezauważone przez położnika, a rozpoznawane są jedynie w badaniach obrazowych: ultrasonograficznym i MR. Objawy kliniczne w postaci gorszego trzymania gazów i stolca mogą się w takich przypadkach rozwinąć kilka czy kilkanaście lat po porodzie, kiedy przestają działać mechanizmy kompensacyjne w postaci silnego mięśnia łonowo-odbytniczego. Pozostaje jeszcze pytanie, w jakich przypadkach należałoby zalecać wykonanie endosonograficznego badania USG zwieraczy bezpośrednio po porodzie. Wydaje się, że istotną byłaby identyfikacja grupy ciężarnych o podwyższonym ryzyku wystąpienia inkontynencji (pacjentki z objawami inkontynencji jeszcze przed porodem, z niskim kroczem, chorobami neurologicznymi, po zabiegach proktologicznych na zwieraczach)^(12,13). Należałoby też wziąć pod uwagę czynniki ryzyka wystąpienia poporodowego nietrzymania gazów i stolca, dotyczące zarówno matki oraz przebiegu porodu (pęknięcie krocza III i IV stopnia, porody instrumentalne, wiek matki, wydłużony czas trwania drugiego okresu porodu, stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego, poród pośladowy), jak i dziecka (masa urodzeniowa dziecka, obwód głowy dziecka). Szczególnie pacjentki po porodach instrumentalnych z użyciem kleszczy, jak i po pęknięciach krocza powinny mieć rutynowo wykonywane ultrasonograficzne badanie transrektalne. Wykazanie uszkodzenia zwieraczy powinno zostać uwzględnione przy planowaniu sposobu rozwiązania kolejnej ciąży. Badanie to wiązałoby się z dodatkowymi kosztami, jednak należy podkreślić, że uszkodzenia okołoporodowe dotyczą kobiet młodych, czynnych zawodowo, w związku z czym ewentualne koszty społeczne i ekonomiczne w przypadku niezauważenia uszkodzenia zwieraczy mogą wielokrotnie przekraczać koszt profilaktycznego badania ultrasonograficznego.

Problem uszkodzeń okołoporodowych i działań profilaktycznych jest obszerny, ale ograniczenia redakcyjne nie pozwalają na jego szersze omówienie. Zainteresowanych tym tematem odsyłam do wydanych 3 lata temu *Standardów postępowania diagnostyczno-profilaktycznego okołoporodowych uszkodzeń zwieraczy odbytu*⁽¹⁴⁾.

in “Journal of Ultrasonography” and “Ultrasonografia”^(8,9), since obstetric injury, mechanical (sphincter tear), neurogenic or mixed, is the most frequent cause of incontinence in women. 3–35% of obstetric anal sphincter injuries are occult defects⁽¹⁰⁾. In own research, the percentage of detected defects reached 3.9%⁽¹¹⁾. Such diagnoses remain undetected by obstetricians, and are identified during imaging examinations: ultrasonography or MRI. The clinical symptoms in the form of gas and stool incontinence may, in such cases, develop several or even a dozen or so years after the delivery when compensatory mechanisms, in the form of the strong puborectalis muscle, stop working. One more question needs answering: In which cases should endosonography of the anal sphincters be indicated after labor? It seems that the identification of pregnant patients at a greater risk of incontinence should be significant (i.e. women with incontinence symptoms before labor, with low perineum, with neurological diseases or after anorectal procedures involving the sphincters)^(12,13). Moreover, one should also take into account risk factors of obstetric gas and stool incontinence, both those related to the mother and the course of labor (such as: grade III and IV perineal tear, assisted delivery, mother’s age, prolonged duration of the second stage of labor, application of epidural anesthesia or breech delivery), as well as those associated with the child (birth weight or head circumference). A routine transrectal ultrasound examination should be conducted particularly in patients after a forceps delivery and those with perineal tear. The occurrence of sphincter defects should be taken into account in the planning of subsequent deliveries. Such an examination would certainly be associated with additional costs. However, it must be remembered that obstetric injuries concern young, professionally active women and therefore possible social and economic costs in the case of missing anal sphincter defects can considerably exceed the cost of prophylactic ultrasound examinations.

Małgorzata Kołodziejczak
 Iwona Sudoł-Szopińska
 Romuald Dębski

Standardy postępowania
 diagnostyczno-profilaktycznego
 okołoporodowych uszkodzeń
 zwieraczy odbytu



The problem of obstetric injuries and prophylaxis is extensive, but editorial limitations do not allow for a longer discussion. All the readers interested in this issue are recommended to read the *Standards of diagnostic and prophylactic management of obstetric anal sphincter defects* published 3 years ago⁽¹⁴⁾.

Piśmiennictwo / References

1. Dębska M, Kretowicz P, Dębski R: Intrapartum sonography – eccentricity or necessity? *J Ultrason* 61; 2015: 125–136.
2. Ghi T, Youssef A, Maroni E, Arcangeli T, De Musso F, Bellussi F *et al.*: Intrapartum transperineal ultrasound assessment of fetal head progression in active second stage of labor and mode of delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 430–435.
3. Torkildsen EA, Salvesen KÅ, Eggebø TM: Agreement between 2D and 3D transperineal ultrasound methods in assessing fetal head descent in the first stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012; 39: 310–315.
4. Ville Y: From obstetric ultrasound to ultrasonographic obstetrics. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 1–5.
5. Akmal S, Kametas N, Tsoi E, Hargreaves C, Nicolaidis KH: Comparison of transvaginal digital examination with intrapartum sonography to determine fetal head position before instrumental delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 437–440.
6. Rozenberg P, Porcher R, Salomon LJ, Boirot F, Morin C, Ville Y: Comparison of the learning curves of digital examination and transabdominal sonography for the determination of fetal head position during labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 31: 332–337.
7. Devine JB, Ostergard DR, Noblett KL: Long-term complications of the second stage of labor. *Obstet Gynecol* 1993; 44: 119–121.
8. Kołodziejczak M, Gardyszewska A, Stefański R, Jalinik K, Błaszkiwicz-Sosnowska D, Sieńko J *et al.*: Ocena ultrasonograficzna mięśni zwieraczy odbytu u pacjentek po porodzie instrumentalnym. *Ultrasonografia* 2007; 29: 30–34.
9. Radkiewicz J, Sudół-Szopińska I, Kołodziejczak M, Stefański R, Gardyszewska A: Poporodowe uszkodzenia zwieraczy odbytu u kobiet bez objawów i z objawami niewydolności zwieraczy odbytu. *Ultrasonografia* 2007; 29: 16–22.
10. Faltin D, Boulvain M, Irion O, Bretones S, Stan C, Weil A: Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 643–647.
11. Kołodziejczak M: Okoloporodowe uszkodzenia zwieraczy odbytu – badanie prospektywne. Rozprawa habilitacyjna. Akademia Medyczna w Warszawie 2006.
12. Fernando RJ, Sultan AH: Risk factors and management of obstetric injury. *Current Obstet Gynecol* 2004; 14: 320–326.
13. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E *et al.*: Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 590–598.
14. Kołodziejczak M, Sudół-Szopińska I, Dębski R: Standardy postępowania diagnostyczno-profilaktycznego okołoporodowych uszkodzeń zwieraczy odbytu. *Medical Communications*, Warszawa 2012.