

© Borgis

*MAŁGORZATA KOŁODZIEJCZAK¹, PRZEMYSŁAW CIESIELSKI^{1,2}

Kiedy pacjentce po porodzie potrzebny jest proktolog

When a postpartum patient needs a proctologist

¹Warsaw Proctology Centre, Saint Elisabeth Hospital, Warsaw

²Department of General Surgery, County Hospital in Wołomin

Streszczenie

Ciąża i poród sprzyjają występowaniu dolegliwości proktologicznych u kobiety. Wpływa na to nasilenie zaparc u ciężarnych, co związane jest z czynnikami hormonalnymi, częstym przyjmowaniem przez kobiety w ciąży preparatów żelaza, ograniczeniem aktywności fizycznej i wzrostem wagi ciała. Powyższe czynniki sprzyjają wystąpieniu choroby hemoroidalnej, zakrzepów żył okołoodbytowych i przerostom fałdów brzeżnych anodermy. Pacjentka ciężarna i pacjentka w położu skarżąca się na dolegliwości proktologiczne jest pacjentką interdyscyplinarną z pogranicza dwóch specjalności: ginekologii i koloproktologii. Większość chorób proktologicznych w tym szczególnym dla kobiety okresie życia można leczyć zachowawczo i tylko niektóre z nich wymagają operacji. Jeśli więc wiedza i doświadczenie ginekologa-położnika w zakresie rozpoznawania i leczenia podstawowych chorób proktologicznych są dostatecznie duże, może on leczyć te choroby sam, nie kierując od razu pacjentki do proktologa. Są jednak sytuacje kliniczne, w których konsultacja proktologiczna jest niezbędna ze względów zarówno medycznych, jak i prawnych. W poniższym artykule opisane zostaną najczęściej występujące choroby proktologiczne, na które cierpią pacjentki po porodzie, oraz wskazane zostaną sytuacje, w których konieczna jest konsultacja proktologiczna.

Summary

Both pregnancy and delivery increase the risk of rectal symptoms in women. This is due to the increased severity of constipation in pregnant women, which is associated with hormonal factors, higher iron intake, limited physical exercise and weight gain during pregnancy. These factors promote haemorrhoidal disease, perianal venous thrombosis and hypertrophy of marginal anodermal folds. A pregnant or a postpartum patient reporting rectal symptoms becomes a multidisciplinary patient, with the overlap of two specialities, i.e. gynaecology and coloproctology. Most rectal conditions that occur in this special period of life may be managed conservatively and only some of cases require surgical approach. Therefore, obstetrician-gynaecologists with sufficient knowledge and experience in the diagnosis and treatment of the most common rectal conditions may implement treatment on their own instead of referring the patient to a proctologist. However, there are clinical situations when proctological consultation is necessary for medical and legal reasons. The paper describes the most common rectal conditions affecting postpartum patients, with an emphasis on situations requiring proctological consultation.

Słowa kluczowe

zaparcia, choroba hemoroidalna, ciąża

Keywords

constipation, haemorrhoidal disease, pregnancy

WPROWADZENIE

Ciąża i poród sprzyjają występowaniu dolegliwości proktologicznych u kobiety. Składa się na to kilka elementów: wzrost ciśnienia brzuszego podczas parcia w trakcie porodu i związany z tym zastój krwi żyłnej w żyłach okołoodbytowych, mikrourazy błony śluzowej odbytnicy w czasie parcia i przede wszystkim nasilenie zaparć w trakcie ciąży. Zaparcia u ciężarnych związane są z czynnikami hormonalnymi, częstym przyjmowaniem przez kobiety w ciąży preparatów żelaza, ograniczeniem aktywności fizycznej i wzrostem wagi ciała. Te ostatnie dwa czynniki występują szczególnie w III trymestrze ciąży, w tym też czasie macica osiąga swoją maksymalną wielkość, uciska na jelita, w konsekwencji dochodzi też do obniżenia mięśni dna miednicy. Powyższe czynniki mogą sprzyjać wystąpieniu choroby hemoroidalnej, zakrzepów żył okołoodbytowych i następowego przerostu fałdów brzożnych anoderm (często przez pacjentki utożsamianych z hemoroidami), a także szczeliny poporodowej. Szereg doniesień potwierdza większą częstotliwość występowania chorób proktologicznych u ciężarnych. Abramowitz i Batallan (1) w swojej pracy stwierdzają, że aż 1/3 ciężarnych cierpi na szczelinę lub zakrzep żył okołoodbytowych, które według autorów cytowanej publikacji są przede wszystkim związane z nasileniem zaparć w czasie ciąży, zaś zakrzepica żył okołoodbytowych często występuje podczas trudno przebiegających porodów. Takie choroby proktologiczne, jak ropień i przetoka odbytu, występują z tą samą częstotliwością, co w pozostałej populacji.

W artykule omówiony zostanie sposób badania proktologicznego u pacjentki ciężarnej oraz leczenie najczęściej występujących chorób proktologicznych u pacjentek w ciąży i po porodzie. Osobnego omówienia wymagają objawy nietrzymania gazów i stolca związane z powikłanym porodem.

WYWIAD I BADANIE PRZEDMIOTOWE

Zasadniczo sposób przeprowadzenia wywiadu i badania przedmiotowego u ciężarnej nie różni się od badania innych chorych. W każdym przypadku należy zadbać o intymne warunki rozmowy i badania pacjentki, co generalnie jest specyfiką badania proktologicznego. Poza rutynowymi pytaniami dotyczącymi objawów szczególną uwagę należy zwrócić na wywiad położniczy, w tym przebyte porody siłami natury, masę urodzeniową dziecka, urazy krocza lub porody instrumentalne, a uzyskane informacje odnieść do zgłaszanych dolegliwości, ze szczególnym uwzględnieniem objawów nietrzymania gazów i stolca. Nasilone swędzenie, pieczenie wokół odbytu nie zawsze są objawami choroby hemoroidalnej, a mogą być skutkiem obniżonego napięcia zwieraczy. Są sytuacje, kiedy trzeba podjąć decyzję o rozwiązaniu porodu cięciem cesarskim po to, aby nie narażać pacjentki na pogłębienie inkontynencji po kolejnym porodzie. Ważnym elementem wywiadu jest jego aktywna forma. Szczególnie młode chore nie zawsze są gotowe, by otwarcie mówić w gabinecie o takich intymnych objawach, jak nietrzymanie stolca. Przebyte choroby weneryczne lub zakażenie wirusem HIV również mogą nie zostać ujawnione, jeżeli lekarz o to nie zapyta. Powyższe informacje mogą pomóc w zdiagnozowaniu przyczyn dolegliwości proktologicznych.

INTRODUCTION

Both pregnancy and delivery increase the risk of rectal symptoms in women. There are several factors responsible for this increased risk, such as elevated intra-abdominal pressure during labour and the associated venous blood stasis in the perianal region, microtrauma to the rectal mucosa during labour and, most of all, increased constipation during pregnancy. Constipation in pregnancy occurs due to hormones, frequent intake of iron preparations, limited physical exercise and weight gain. The two latter are particularly pronounced in the third trimester, when the uterus reaches its maximum size, compressing the intestines, which consequently leads to the lowering of pelvic floor muscles. The above mentioned factors may promote haemorrhoidal disease, perianal venous thrombosis and, consequently, hypertrophy of marginal anodermal folds (which are often identified as haemorrhoids by patients) and postpartum fissure. There are many reports confirming the increased incidence of rectal conditions in pregnant women. Abramowitz and Batallan (1) found that anal fissure or perianal venous thrombosis, which according to the authors are most likely to result from increased constipation during pregnancy, occur in up to 1/3 of pregnant women, and that perianal venous thrombosis is often seen in cases of difficult labour. Rectal conditions such as abscess and fistula occur at a rate similar to that in the general population.

The paper discusses the method of rectal examination in a pregnant patient as well as treatment approaches for the most common rectal conditions in pregnant and postpartum patients. Symptoms of gas and stool incontinence associated with complicated childbirth should be discussed separately.

MEDICAL HISTORY AND PHYSICAL EXAMINATION

In general, the method of collecting medical history and performing physical examination in a pregnant patient is the same as in other patients. Each patient should be ensured intimacy during medical history collection and physical examination, which is a typical feature of proctological examination. In addition to routine questions about symptoms, particular attention should be paid to obstetric history, including previous natural childbirths, birth weight, perineal trauma or instrumental delivery, and the obtained data should be related to the symptoms reported with particular emphasis on gas and stool incontinence. Increased itching and burning sensation around the anus are not necessarily symptoms of haemorrhoidal disease, but may result from reduced sphincter tone. There are cases, when a decision to terminate pregnancy by Caesarean section needs to be made to avoid putting the patient at a risk of increased incontinence after another delivery. An important element of the interview is its active form. Young patients are not always ready to openly talk about intimate symptoms such as stool incontinence in a clinical setting. Also, patients may fail to report venereal diseases or HIV infection if not asked.

Badanie przedmiotowe, podobnie zresztą jak zabiegi operacyjne, powinny być wykonywane u ciężarnej w ułożeniu na lewym boku. Na badanie proktologiczne składa się oglądanie okolicy odbytu, badanie palcem oraz wzniernikowanie kanału odbytu anoskopem. Każdy element badania powinien być odpowiednio udokumentowany, ze szczególnym uwzględnieniem napięcia biernego i czynnego zwieraczy przed porodem. Opierając się na starannie zebranych wywiadczeniach położniczo-proktologicznych oraz oceniając napięcie mięśni, łatwiej podjąć decyzję o sposobie rozwiązania ciąży. Dokładny opis badania przed porodem może również stanowić istotny element ochrony prawnej lekarza przed konsekwencjami ewentualnych powikłań poporodowych. Anoskopia lub rektoskopia są badaniami inwazyjnymi i powinny być wykonywane w czasie ciąży jedynie w uzasadnionych przypadkach, w których zdiagnozowanie choroby (np. guza jelita) lub leczenie (np. masywnego krwawienia z hemoroidów) jest koniecznością (2).

CHOROBA HEMOROIDALNA

Uważa się, że 1 na 5 ciężarnych ma problemy hemoroidalne (1). Jednym z podstawowych czynników ryzyka wystąpienia dolegliwości hemoroidalnych są zaparcia, na które cierpi od 11 do 38% ciężarnych (3-5). Okazuje się, że ucisk powiększonej macicy na jelita nie jest tak ważny, jak kiedyś uważano, gdyż nie ma istotnych różnic między występowaniem zaparc w pierwszym i III trymestrze ciąży. Postępowanie u większości pacjentek z chorobą hemoroidalną bezpośrednio po porodzie jest zachowawcze. Ciąża stanowi względne przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego hemoroidów. Wyjątek stanowią pacjentki z obfitymi krwawieniami z guzków krwawniczych, z wtórną niedokrwistością oraz pacjentki z ostrą zakrzepicą guzków krwawniczych. Zalecenia terapeutyczne dotyczą diety przeciwzaparciowej (wysokobłonnikowej, z dużą ilością wody) oraz przyjmowania leków nietoksycznych dla dziecka. Ze względu na fakt, że większość kobiet po porodzie karmi dziecko piersią, leki stosuje się ostrożnie, mając na uwadze, że prawie każdy lek, również ten podany w formie czopków, może dostać się do krwiobiegu, a następnie do mleka matki. W ostrym okresie choroby hemoroidalnej można stosować pochodne diosminy lub ruszczyka lekarskiego, których stopień przenikania do pokarmu matki jest znikomy. Należy podkreślić, że mało jest opublikowanych badań dotyczących stosowania leków u ciężarnych. Duże badanie retrospektywne, oparte na 2092 ciężarnych dotyczące bezpiecznego stosowania preparatów ruszczyka lekarskiego przeprowadzono we Francji, ale jest to badanie „stare”, bo z 1985 roku (6). Obecnie, głównie ze względów etycznych, nie są prowadzone podobne prace w grupach pacjentek ciężarnych. W łagodnych stanach choroby hemoroidalnej leczenie ograniczamy do diety i natłuszczenia kanału odbytu preparatami kwasu hialuronowego lub preparatami ziołowymi. Swoje miejsce w leczeniu choroby hemoroidalnej u kobiet po porodzie mają też metody zabiegowe. W uporczywych krwawieniach z hemoroidów o niewielkim nasileniu można zastosować zakładanie gumek na guzki krwawnicze (metodę Barona), a w rzadkich przypadkach obfitych krwawień powodujących wtórną niedokrwistość należy pacjentkę zoperować. Autorka w swojej praktyce kilkakrotnie

However, this information may help diagnose the aetiology of rectal symptoms.

Both physical examination and surgical procedures should be performed in a pregnant patient lying on her left side. Proctological examination involves visual inspection of the perianal region, palpation and anoscopy. Each of these elements should be appropriately documented, with particular emphasis on passive and active tone of the anal sphincter prior to childbirth. Thorough obstetric and proctological history along with the evaluation of muscle tone helps make decisions on the method for pregnancy termination. A detailed description of the prenatal examination may be also an important element of doctor's legal protection against the consequences associated with potential postpartum complications. Anoscopy and rectoscopy are invasive procedures and should be performed during pregnancy only in justified cases, when there is a need for diagnosis (e.g. a bowel tumour) or treatment (e.g. massive haemorrhoid bleeding) (2).

HAEMORRHOIDAL DISEASE

It is estimated that haemorrhoidal disease occurs in 1 in 5 pregnant women (1). Constipation, which affects 11 to 38% of pregnant women, is one of the primary risk factors for haemorrhoidal symptoms (3-5). It was found that large-sized uterine compression on the intestines is not as important as previously thought as there are no significant differences in the incidence of constipations between the first and the third trimester. Most patients with haemorrhoidal disease receive conservative treatment after delivery. Pregnancy is a relative contraindication to surgical treatment of haemorrhoids. Patients with massive haemorrhoid bleeding, secondary anaemia or acute haemorrhoidal thrombosis are an exception. Therapeutic recommendations include anti-constipation diet (high-fibre diet with high intake of water) and pharmacotherapy that is not toxic for the child. Since most women breastfeed after childbirth, pharmacotherapy is used carefully, considering the fact that each agent, including those in the form of suppositories, may enter bloodstream and, consequently, breast milk. Diosmin derivatives or Butcher's broom (*Ruscus aculeatus*), which are present in breast milk in trace amounts, may be used in the acute phase of haemorrhoidal disease. It should be emphasised that papers on pharmacotherapy in pregnant women are sparse. A large retrospective study in 2,092 pregnant patients assessing the safety of Butcher's Broom preparations was conducted in France; however the study is considered "old" as it was conducted in 1985 (6). Currently, no such studies are conducted in pregnant patients for ethical reasons. In cases of mild haemorrhoidal disease, the treatment is limited to diet and lubrication of the anal canal with hyaluronic acid or herbal preparations. Invasive procedures also play a role in the treatment of haemorrhoidal disease in postpartum women. Barron's rubber band ligation may be used in the case of mild, yet persistent haemorrhoid bleeding, while surgical approach should be used in rare cases of massive bleeding causing secondary

operowała ciężarne i pacjentki bezpośrednio po porodzie z dobrym efektem z powodu krwotoków z hemoroidów, wykonując klasyczną hemoroidektomię sposobem Milligana-Morgana, gdyż ryzyko związane z niedotlenieniem dziecka przewyższało ryzyko operacji. Do chirurga proktologa należy więc skierować pacjentki z zaawansowaną chorobą hemoroidalną (4 stopień choroby, obfite krwawienia, duży stan zapalny). Pacjentka z mało zaawansowaną chorobą hemoroidalną może być skutecznie leczona zachowawczo przez ginekologa.

ZAKRZEPICA ŻYL OKOŁOODBYTOWYCH

Leczenie zakrzepicy żył okołoodbytowych u pacjentki po porodzie nie różni się istotnie od leczenia pacjentki w innym okresie życia. Duże, bolesne zakrzepy powinny się opróżnić w znieczuleniu miejscowym, rozlaną zakrzepicę objawiającą się obrzękiem całego obwodu odbytu leczy się zachowawczo, stosując pochodne diosminy. Unika się stosowania gorących nasiadówek z powodu świeżej rany krocza, a także pochodnych streptodornazy i streptokinazy w formie czopków, której działanie na dziecko nie jest do końca poznane. Można stosować ciepłe okłady z sody na obrzękniętą anodermę. Większość zakrzepów po kilku-kilkunastu dniach wchłania się samoistnie, pozostawiając czasami przerośnięte fałdy anodermy.

Podsumowując, jeśli pacjentka wymaga zabiegu nacięcia zakrzepu – lepiej skierować ją do chirurga proktologa, w pozostałych sytuacjach pacjentka może być leczona przez ginekologa dietą i lekami.

PRZEROŚNIĘTE FAŁDY ANODERMY

Nie jest to choroba, a jedynie „pozostałość” po chorobie, najczęściej po wchłoniętym zakrzepie brzeżnym. Nie powinno się wycinać fałdów brzeżnych u pacjentki bezpośrednio po porodzie. Należy pacjentce wytłumaczyć, że fałdy te w znacznym stopniu mogą ulec zmniejszeniu w ciągu kilku tygodni. W nielicznych przypadkach u tych pacjentek, u których fałdy ulegają częstym stanom zapalnym lub jeśli powodują duży dyskomfort psychiczny, najczęściej związany ze sferą seksualną, można zaproponować pacjentce ich chirurgiczne wycięcie. Z zabiegiem tym nie należy się spieszyć. Najlepiej wykonać go u pacjentki po zakończeniu karmienia piersią dziecka. Decyzję i ewentualny zabieg wycięcia fałdów powinno się pozostawić proktologowi. Dla zmniejszenia nasilenia dyskomfortu lub uczucia swiędu mogącego być wynikiem obrzęku fałdów można stosować maść z dodatkiem cynku, która ma działanie regenerujące, ale i ochronne przed wnikaniem i zaleganiem stolca między fałdami.

POPORODOWA SZCZELINA ODBYTU

Na szczelinę poporodową cierpi około 10% pacjentek po porodzie (7). Poporodowa szczelina odbytu jest inną chorobą niż „zwykła szczelina odbytu”, albowiem najczęściej nie towarzyszy jej wzrost napięcia mięśni zwieraczy odbytu. Prawie zawsze jest przednia i często związana z mikrourazem błony śluzowej kanału odbytu twardymi masami kałowymi. Każda próba, szczególnie zabiegowa, dalszego obniżania napięcia mięśni zwieraczy może zakończyć się u pacjentki powikłaniem w postaci gorszego trzymania gazów i stolca. Leczenie w tych przypadkach jest zawsze zachowawcze i stosowanie

anaemia. In her clinical practice, the author of this paper performed several surgical procedures in postpartum patients due to haemorrhoidal bleeding via classical Milligan Morgan haemorrhoidectomy with good clinical effect (the risk of hypoxia in the child outweighed the risk of surgery). Therefore, patients with advanced haemorrhoidal disease (grade IV, massive bleeding, extensive inflammation) should be referred to a proctological surgeon. Patients with mild haemorrhoidal disease may be successfully conservatively treated by their gynaecologist.

PERIANAL VENOUS THROMBOSIS

The treatment of perianal venous thrombosis in a postpartum patient does not differ significantly from the one used in other patients. Large painful clots should be evacuated under local anaesthesia, diffuse thrombosis manifesting with oedema of the entire anal circumference is treated conservatively with diosmin derivatives. Hot sitz baths should be avoided due to a fresh perineal wound. Streptodornase and streptokinase derivatives in the form of suppositories should be also avoided due to unknown effects on the child. Warm soda compresses may be applied on the anoderm. Most of clots are absorbed spontaneously after a few days, sometimes with hypertrophied anoderm folds left behind.

To conclude, patients requiring an incision to drain the clot should be referred to a proctological surgeon, whereas other patients may be treated with diet and pharmacotherapy by their gynaecologists.

HYPERTROPHIED ANODERMAL FOLDS

This is not a disease, but only a “residue” after a disease, which usually occurs after marginal clot absorption. Marginal folds should not be removed immediately after delivery. It should be explained to the patient that the size of folds may decrease significantly over a few weeks. Surgical removal may be offered to patients with frequently inflamed folds or folds causing significant psychological discomfort during sexual encounters; however such cases are rare. There is no need to hurry with this surgical procedure. Preferably, it should be performed after the breastfeeding period. The decision and the procedure should be left to a proctologist. Zinc ointment, which has regenerating action and protects against stool penetration and retention between the folds, may be used to reduce discomfort or itching that may be caused by swollen folds.

POSTPARTUM ANAL FISSURE

Postpartum anal fissure occurs in about 10% of patients after childbirth (7). It differs from an “ordinary anal fissure” as it is usually not accompanied by increased anal sphincter tone. The fissure is almost always anterior and often associated with microtrauma to anal canal mucosa caused by hard faecal masses. Any attempt, surgical one in particular, to reduce anal sphincter tone may lead to complications in the form of gas and stool incontinence.

preparatów obniżających napięcie zwieraczy, takich jak blokery kanałów wapniowych, jest w tych przypadkach bezsensowne. Zalecenia obejmują dietę przeciwwzparciową oraz natłuszczenie kanału odbytu bezpośrednio przed wypróżnieniem preparatami nieprzenikającymi do mleka matki (mogą to być preparaty typu linomag, wazelina). W rzadkich przypadkach „przetrwalej” szczeliny poporodowej wykonuje się wycięcie jej dna potrzebne do weryfikacji histopatologicznej, co jednocześnie odświeża ranę i ułatwia jej gojenie. Wstępne leczenie zachowawcze może podjąć ginekolog, w razie braku skuteczności leczenia należy pacjentkę skierować na konsultację proktologiczną. Długo niegojąca się szczelina może być wynikiem ewolucji choroby w przetokę podśluzową. W takiej sytuacji, gdy przetoka jest potwierdzona klinicznie i ultrasonograficznie, chora powinna być kwalifikowana do leczenia operacyjnego po zakończeniu karmienia dziecka piersią.

ROPIEŃ ODBYTU

Ropień odbytu zawsze wymaga pilnego chirurgicznego opróżnienia. Pacjentka ciężarna lub w okresie połogu z ropniem odbytu powinna być skierowana na oddział chirurgiczny. Ważnym aspektem technicznym wykonania zabiegu nacięcia ropnia u chorej ciężarnej jest ułożenie pacjentki na boku. W zależności od lokalizacji i głębokości ropnia czas trwania zabiegu może być różny, zatem prawidłowe ułożenie i znieczulenie podpajęczynówkowe zabezpiecza pacjentkę przed powikłaniami związanymi z ciążą (ryc. 1).

PRZETOKA ODBYTU

Operacje przetok odbytu są operacjami planowymi i należy je odroczyć co najmniej do zakończenia połogu, a najlepiej do czasu zakończenia karmienia dziecka piersią. Pacjentka z przetoką odbytu powinna być skierowana do referencyjnego ośrodka koloproktologicznego (ryc. 2).

KŁYKCINY KOŃCZYSTE

Występowanie kłykcin u kobiet ciężarnych stanowi istotny problem zarówno z punktu widzenia zdrowia chorej, jak i jej dziecka. Okres ciąży i związany z nią proces „autoimmunosupresji” sprzyja ujawnieniu się i progresji kłykcin. Najbardziej powszechną drogą zakażenia jest kontakt seksualny, ale podwyższone stężenie hormonów sterydowych w ciąży aktywuje namnażanie wirusa, który może przenikać do łożyska i płynu owodniowego. Zakażenie okołoporodowe wirusem HPV może być przyczyną wystąpienia brodawek wirusowych w drogach oddechowych dziecka.

Objawy kliniczne kłykcin to głównie: swędzenie, krwawienie kontaktowe oraz dyskomfort. Istotne krwawienia mogą prowadzić do anemii, a dużych rozmiarów kłykciny mogą stanowić istotny problem w trakcie porodu. Ze strony płodu ryzyko związane jest głównie z przenikaniem wirusa do płynu owodniowego, a tym samym możliwością wystąpienia zakażenia płodu bez względu na sposób rozwiązania ciąży (8).

Rozpoznanie kłykcin jest stosunkowo łatwe, brodawkowate wyrosła, różnej wielkości w okolicy odbytu i sromu, łatwo krwawiące mogą być również stwierdzone w trakcie wziernikowania w kanale odbytu oraz w obrębie pochwy i szyjki macicy. W diagnostyce należy uwzględnić typowanie wirusa, ponieważ pośród

Such cases are always treated conservatively. The use of preparations that reduce anal sphincter tone, such as calcium channel blockers, is pointless in such cases. Medical recommendations include anti-constipation diet and lubrication of the anal canal just before bowel movement using preparations that do not pass into breast milk (Linomag, petroleum jelly). In rare cases of persistent postpartum anal fissure, its bottom is excised for histopathological assessment, which refreshes the wound and contributes to the healing process. Preliminary conservative treatment may be initiated by a gynaecologist; however, if the treatment is ineffective, the patient should be referred for proctological consultation. A fissure that does not heal for a long time may indicate evolution into submucosal fistula. In such cases of clinically and ultrasonographically confirmed fistula, the patient should be qualified for surgical treatment after the breastfeeding period.

ANAL ABSCESS

Anal abscess always requires urgent surgical evacuation. A pregnant or puerperal patient with anal abscess should be referred to a surgical department. It is important to place a pregnant patient on her side during abscess incision. Depending on abscess location and depth, the duration of the procedure may vary; therefore, proper positioning and spinal anaesthesia protect the patient against pregnancy-related complications (fig. 1).

ANAL FISTULA

Anal fistula requires an elective surgery that should be postponed at least until after the puerperium, and preferably until after the end of the breastfeeding period. A patient with anal fistula should be referred to a reference coloproctology centre (fig. 2).

CONDYLOMA ACUMINATUM (ANOGENITAL WARTS)

The presence of condylomas in pregnant women is a serious problem from the point of view of maternal and child's health. Pregnancy and the associated auto-immunosuppression promote the development and progression of condylomas. Although sexual contact is the most common route of transmission, increased steroid hormones during pregnancy activate propagation of the virus, which may penetrate into the placenta and the amniotic fluid. Perinatal HPV infection may induce the development of papillomas in the child's respiratory tract.

The most common clinical manifestations of condylomas include itching, bleeding upon contact and discomfort. Significant bleeding may cause anaemia, while large warts may be a significant problem during labour. Foetal risk is mainly associated with viral penetration into the amniotic fluid, and thus the risk of foetal infection, regardless of the method for pregnancy termination (8).

Condylomas are relatively easy to diagnose: easily bleeding wart-like growths of various sizes in the anal and vulvar region. The lesions may be also found during endoscopic



Ryc. 1. Ropień odbytu

Fig. 1. Anal abscess

ponad 120 typów można wyróżnić kilka wirusów onkogennych (HPV typu 16, 18 i 45), wywołujących raka szyjki macicy (9).

Podjęcie decyzji o leczeniu w czasie ciąży jest wypadkową ryzyka i korzyści odniesionych z terapii. Leczenie zmian okolicy dróg rodnych oraz decyzja o sposobie rozwiązania ciąży pozostają w gestii lekarzy położników, rolę proktologa w procesie jest zarówno leczenie zachowawcze, jak i zabiegowe zmian okolicy krocza i odbytu. Leczenie zachowawcze można zastosować w przypadku niewielkich zmian zlokalizowanych głównie na skórze okolicy odbytu i sromu. Jednak większość preparatów nie może być stosowana w czasie ciąży ze względu na działanie teratogenne oraz toksyczne (interferon, podofilina czy 5-fluorouracyl) (2). Bezpiecznym preparatem stosowanym miejscowo, który powoduje powierzchowną martwicę naskórka, jest kwas trójchlorooctowy. Metody zabiegowe znajdują zastosowanie w przypadku większych zmian oraz tych zlokalizowanych w kanale odbytu. Najczęściej stosowaną i najmniej inwazyjną jest krioterapia, w przypadku trudno dostępnych zmian lepiej sprawdzają się laser CO₂ lub bipolarna elektrokoagulacja. Wszystkie wymienione sposoby usuwają kłykciny przez ich zniszczenie, nie pozostawiając możliwości histopatologicznej weryfikacji zmian. Chirurgiczne wycięcie stosuje się rzadko w okresie ciąży, a wskazaniem do leczenia zabiegowego są głównie duże i liczne kłykciny lub zmiany budzące podejrzenie nowotworu.

NIETRZYMANIE GAZÓW I STOLCA PO PORODZIE

Oslabienie trzymania gazów i stolca po porodzie może mieć przyczynę neurogenną (uszkodzenie całkowite lub częściowe nerwu sromowego) lub też mechaniczną (uszkodzenie mięśni



Ryc. 2. Przetoka odbytowo-kroczoowa

Fig. 2. Anoperineal fistula

evaluation of the anal canal, vagina or cervix. The diagnosis should always include viral typing as there are several oncogenic viruses (HPV 16, 18 and 45) causing cervical cancer among the 120 types (9).

The decision to initiate treatment during pregnancy is based on the risk/benefit ratio. The decision on the treatment of lesions in the genital tract and the method for pregnancy termination should be made by obstetricians, whereas the role of a proctologist is to implement conservative or invasive treatment of perineal and anal lesions. Small lesions located mainly in the anal and vulvar region may be treated conservatively. However, most preparations cannot be used during pregnancy due to their teratogenic and toxic effects (interferon, podophyllin or 5-fluorouracil) (10). Trichloroacetic acid, which induces superficial epidermal necrosis, is a safe topical preparation. Surgical approaches are used for large-sized lesions and lesions located in the anal canal. Cryotherapy is the most commonly used and the least invasive approach, whereas CO₂ laser and bipolar electrocoagulation are more effective for difficult-to-reach lesions. All these approaches eliminate warts by simply destroying them, preventing their histopathological evaluation. Surgical resection is rarely implemented in pregnancy, with indications limited mainly to large and multiple warts or lesions suspected of malignancy.

POSTPARTUM GAS AND FAECAL INCONTINENCE

Poor postpartum gas and faecal continence may be of neurogenic (total or partial damage to the vulvar nerve),

zwieraczy odbytu). Uszkodzenie może mieć też charakter mieszany. W każdym przypadku zgłoszenia przez pacjentkę gorszego trzymania gazów i stolca po porodzie powinno się ją skierować na konsultację proktologiczną. Ultrasonograficzne badanie transrektalne pozwoli z dużym prawdopodobieństwem ustalić przyczynę pogorszenia kontynencji i jednocześnie wskazać drogę dalszej terapii: zachowawczą lub zabiegową. W przypadkach pęknięć krocza 3 lub 4 stopnia zaopatrzonych przez ginekologa położnika w trakcie porodu również powinno się skierować pacjentkę na konsultację do chirurga koloproktologa, gdyż często pacjentki te wymagają zastosowania uzupełniającej terapii zachowawczej (gimnastyki zwieraczy, elektrostymulacji). Co więcej, nawet te pacjentki po pęknięciu krocza 3 i 4 stopnia, które nie zgłaszają problemów z gorszym trzymaniem gazów i stolca, powinny zostać skonsultowane proktologicznie, albowiem wiele objawów uszkodzeń u młodych kobiet jest kompensowanych przez silny mięsień łonowo-odbytniczy i dopiero w okresie okołomenopauzalnym kobiety te zaczynają mieć problemy z kontynencją. Planowe operacje rekonstrukcji zwieraczy wynikające z uszkodzeń okołoporodowych powinny być wykonywane w okresie co najmniej 4-6 miesięcy po porodzie, po całkowitym ustąpieniu stanu zapalnego tkanek, najlepiej w referencyjnych ośrodkach koloproktologicznych. Zalecane postępowanie u pacjentek w ciąży i po porodzie z chorobą proktologiczną przedstawia tabela 1.

PROKTOLOGICZNE WSKAZANIA DO ODSĄPIENIA OD PORODU SIŁAMI NATURY

Brak w chwili obecnej jednolitego schematu postępowania w przypadku pacjentek leczonych proktologicznie przed porodem, u których kolejny poród siłami natury może stwarzać

mechanical (damaged anal sphincter muscles) or mixed aetiology. Every patient reporting poor postpartum gas and stool continence should be referred for proctological consultation. Transrectal ultrasonography allows determining the cause of poor continence with high likelihood and, at the same time, define the direction of further conservative or invasive therapy. Patients with third- or fourth-degree perineal ruptures managed by a gynaecologist-obstetrician during labour should be also referred to a colorectal surgeon due to the frequent need for adjuvant conservative therapy (sphincter exercises, electrostimulation). Furthermore, patients with third- and fourth-degree perineal ruptures who do not report any problems with gas and faecal continence should be consulted with a proctologist as many symptoms of injury in young women are compensated by the strong puborectal muscle, and therefore these women do not develop incontinence until the perimenopausal period. Elective sphincter repair due to perinatal injuries should be performed at least 4-6 months postpartum, after complete resolution of tissue inflammation, preferably in reference coloproctology centres. Treatment guidelines for pregnant and postpartum patients with proctological diseases are shown in table 1.

PROCTOLOGICAL CONTRAINDICATIONS FOR NATURAL DELIVERY

There is currently no uniform protocol for patients receiving prenatal proctological treatment, whose risk of postpartum gas and stool incontinence may increase after another natural labour. A history of anal sphincter

Tab. 1. Zalecane postępowanie w czasie ciąży i połogu

Choroba	Leczenie zachowawcze	Leczenie zabiegowe/instrumentalne	Leczenie operacyjne
zaostrzenie choroby hemoroidalnej	preparaty diosminy, ruszczyka, kasztanowca	zakładanie gumek przy uporczywych krwawieniach	operacja Milligana-Morgana – przy krwotokach powodujących anemię
zakrzep brzeżny	mały zakrzep: okłady 10% NaCl, z sody, preparaty diosminy	duży zakrzep: nacięcie w znieczuleniu miejscowym	nie dotyczy
szczelina odbytu	miejscowo: natłuszczenie kanału odbytu preparatami obojętnymi; ogólnie: nawodnienie i dieta	nie dotyczy	nie dotyczy
szczelina poporodowa	miejscowo: natłuszczenie; ogólnie: nawodnienie i dieta	nie dotyczy	nie dotyczy
ropień odbytu	nie dotyczy	nie dotyczy	nacięcie i drenaż
przetoka odbytu	nie dotyczy	nie dotyczy	operacja planowa po zakończeniu karmienia
fałdy brzeżne	miejscowo maści z cynkiem	nie dotyczy	rozważyć wycięcie po zakończeniu karmienia
nietrzymanie gazów i stolca	ćwiczenia zwieraczy	biofeedback, elektrostymulacja po porodzie	operacja planowa zwieraczy minimum 4 miesiące po porodzie
	ginekolog	ginekolog/chirurg	chirurg/proktolog

Tab. 1. Recommended treatment during pregnancy and puerperium

Disease	Conservative	Invasive/instrumental	Surgical
exacerbated haemorrhoidal disease	diosmin, Butcher's broom or chestnut preparations	rubber band ligation for persistent bleeding	Milligan-Morgan hemorrhoidectomy for anaemia-inducing bleeding
marginal thrombosis	small clot: 10% NaCl and soda compresses, diosmin preparations	large clot: incision under local anaesthesia	N/A
anal fissure	topically: lubricating the anal canal with neutral preparations; generally: hydration and diet	N/A	N/A
postpartum fissure	topically: lubricating; generally: hydration and diet	N/A	N/A
anal abscess	N/A	N/A	incision and drainage
anal fistula	N/A	N/A	elective surgery after breastfeeding period
marginal folds	topical zinc ointments	N/A	excision should be considered after breastfeeding period
gas and stool incontinence	anal sphincter exercises	biofeedback, postpartum electrostimulation	elective anal sphincter repair at least 4 months postpartum
	gynaecologist	gynaecologist/surgeon	surgeon/proctologist

podwyższone ryzyko poporodowego nietrzymania gazów i stolca. Przebyte operacje na zwieraczkach, w tym przetok odbytu, szczególnie przednich, przewlekłe szczeliny odbytu oraz obniżone napięcie zwieraczy wynikające z porodów instrumentalnych lub pęknięcia krocza w przeszłości zdecydowanie zwiększają ryzyko pogłębienia problemu inkontynencji po kolejnym porodzie. Wyżej opisany wywiad w połączeniu z badaniem przedmiotowym wykazującym niskie krocze i cienki zwieracz oraz obniżenie czynnego i biernego napięcia mięśni są istotnymi czynnikami ryzyka wystąpienia poporodowej inkontynencji. Ostatecznie o rozwiązaniu porodu cięciem cesarskim lub siłami natury zawsze decyduje położnik, rolę proktologa jest jedynie zwrócić uwagę na te elementy wywiadu i badania, które w rutynowym przygotowaniu do porodu mogłyby zostać pominięte.

surgeries, including anal fistula (anterior fistula in particular) repair, chronic anal fissure and reduced sphincter tone due to instrumental labour, or perineal ruptures significantly increase the risk of incontinence progression after another childbirth. The above medical history combined with physical examination indicative of low perineum and thin anal sphincter, as well as reduced active and passive muscle tone is an important risk factor for postpartum incontinence. Ultimately, it is the obstetrician who decides whether to terminate pregnancy by caesarean section or by the vaginal route, while the role of a proctologist is to draw attention to these elements of medical history and physical examination that are likely to be overlooked during routine preparation for delivery.

Konflikt interesów
Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji
Correspondence

*Małgorzata Kołodziejczak
Warszawski Ośrodek Proktologii
Szpital św. Elżbiety w Warszawie
ul. Goszczyńskiego 1, 02-615 Warszawa
tel.: +48 603-387-787
drkolodziejczak@o2.pl

Piśmiennictwo/References

1. Abramowitz L, Batallan A: Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31(6): 546-549.
2. Kołodziejczak M: Badanie proktologiczne ciężarnej i pacjentki w połogu. [W:] Leczenie chorób proktologicznych w okresie ciąży i porodu. Borgis, Warszawa 2011; 46-50, 104-113.
3. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM et al.: Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms and risk factors. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1351-1357.
4. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P: Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr* 2006; 2: 127-134.
5. Tytgat GN, Heading RC, Muller-Lissner S et al.: Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18(3): 291-301.

nadesłano/submitted:

8.03.2019

zaakceptowano do druku/accepted:

22.03.2019

6. Monteil-Seurin: Clinical aspects and merits of cyclo 3 in the treatment of venous insufficiency in the legs in pregnant women in 2092 pregnancies. *La Gazette Medicale* 1985; 92927: 61-64.
7. Corby H, Donnelly YS, O'Herihy C et al.: Anal pressures are low in women with postpartum anal fissurae. *Br J Surg* 1997; 84: 86-88.
8. Tseng CJ, Lin CY, Wang RL et al.: Possible transplacental transmission of human papillomavirus. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 35-40.
9. Clifford GM, Smith JS, Aguado T: Comparison of HPV type distribution in high grade cervical lesions and cervical cancer: a metaanalysis. *Br J Cancer* 2003; 89: 101-105.