

**INFORMATOR DLA PACJENTKI na temat  
LECZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI BLIZNY MACICY PO PRZEBYTYM CIĘCIU  
CESARSKIM / NICHE/**

Współcześnie co trzecia kobieta rodzi swoje dziecko cięciem cesarskim. Niewątpliwie poród cięciem cesarskim poprawia wskaźniki perinatologiczne tzn. co raz większy odsetek dzieci rodzi się bez urazu okołoporodowego, znacząco spadła liczba dzieci urodzonych z niedotlenieniem okołoporodowym, spadła też liczba zgonów noworodków. Cięcie cesarskie polega na operacyjnym rozcięciu powłok skórnych i przede wszystkim na rozcięciu przedniej ściany macicy na długości około 10 cm. Przez rozcięcie macicy położnik, najczęściej za główkę wydobywa dziecko z łona matki. Po wydobyciu łożyska, takie rozcięcie macicy należy szczelnie zeszyć. Macica jest maksymalnie rozciągnięta, jest bardzo dobrze ukrwiona, rana macicy silnie krwawi, tak więc położnik musi bardzo szybko i sprawnie zeszyć macicę. W połogu macicy szybko się obkurcza wraz z zeszytym rozcięciem. Intensywne procesy gojenia w połogu, w większości przypadków, po kilku tygodniach, powodują silny wzrost i powstanie blizny macicy. Niestety, czasami proces gojenia może zostać zaburzony przez zakażenie, krwiak w ranie, niedokrwienie ściany macicy. Skutkiem tego powstaje ubytek w ścianie, którego skutki mogą być bardzo odległe. **Ubytek ściany macicy w bliźnie po przebytym cięciu cesarskim** nazwany został objawem **NICHE**. Rozpoznanie takie najczęściej stawia lekarz wykonujący badania ultrasonograficzne sondą dopochwową. Oglądając okolicę cieśni macicy, tam gdzie zwykle nacina się macicę w czasie cięcia cesarskiego, dostrzega się charakterystyczne trójkątne wcięcie w przedniej ścianie macicy w kierunku pęcherza moczowego. Ubytek ściany jest bardziej widoczny, jeżeli wykonujemy badanie ultrasonograficzne z podaniem kontrastu płynowego do jamy macicy (sonohisterografia). Bardzo ważnym jest pomiar grubości ściany resztkowej i szerokość ubytku. Częstość występowania ubytku w ścianie macicy w miejscu blizny po cięciu cesarskim szacuje się na 10-15% kobiet, które przebyły taki poród operacyjny. Objawy zespołu NICHE są następujące:

- nieprawidłowe krwawienia maciczne, plamienia okołomiesiączkowe
- zaburzenia w oddawaniu moczu, bolesne oddawanie moczu, parcie na pęcherz
- nawracające zapalenia pęcherza moczowego i dróg moczowych
- bóle podbrzusza
- wtórna niepłodność

Objawy zespołu NICHE występować mogą pojedynczo, albo też objawy mogą występować wszystkie na raz. Czas jaki upłynął od cięcia cesarskiego do pierwszych objawów jest bardzo różny, najczęściej jednak wtedy, kiedy kobieta zacznie miesiączkować. Z biegiem lat objawy zespołu NICHE mogą się nasilać, szczególnie, gdy dołączają się zaburzenia hormonalne związane np. ze zbliżającą się menopausą lub gdy współistnieją mięśniaki macicy, albo też endometrioza. Ubytek ściany macicy w bliźnie występuje częściej, gdy cięcie cesarskie było wykonane bez czynności skurczowej macicy i rozwarcia szyjki. Podstawy patofizjologiczne zespołu NICHE polegają na zaburzeniach mechanizmów autokrynych endometrium, inicjacji czynników prozapalnych wydzielanych w endometrium, co w konsekwencji upośledza procesy przemiany błony śluzowej macicy, zagnieżdżenia zarodka, zaburza cykliczność faz przemiany endometrium, sprzyja powstawaniu polipów endometrialnych oraz infekcjom, głównie układu moczowego (nawracające zapalenia pęcherza moczowego). U pacjentek z NICHE występuje wtórna niepłodność. wokół ubytku stwierdza się częściej ogniska rozlanej lub ograniczonej gruczolistości.

## **WSKAZANIA DO OPERACJI**

Podstawowym narzędziem diagnostyczno -lecniczym w rozpoznawaniu zespołu NICHE jest histeroskopia diagnostyczna, której celem jest rozpoznanie choroby, ocenić można głębokość ubytku, często w dnie ubytku widać przeświecający pęcherz moczowy. Z tkanki pokrywającej ubytek pobieramy wycinki do badania mikroskopowego, często wycinamy z tej okolicy wyrastające polipy błony śluzowej. Objawy kliniczne choroby, obraz ultrasonograficzny i histeroskopowy oraz badanie histopatologiczne wycinków jest podstawą do zaplanowania leczenia. Leczeniem z wyboru jest operacja histeroskopowa. W pewnych sytuacjach klinicznych łączymy operację histeroskopową z laparoskopią.

## **PRZEBIEG OPERACJI**

Histeroskopia operacyjna polega na ablacji ( termodestrukcji) powierzchni ubytku lub elektroresekcji ( wycięciu) całej blizny ściany macicy. Ablacja powierzchni ubytku to koagulacja elektrodą kulkową zbliżowaciałych tkanek. W czasie gojenia, martwicze tkanki ulegają oddzieleniu a siła skurczu błony mięśniowej macicy zamyka ubytek a prawidłowa błona śluzowa napęcza na ranę zamykając do końca ubytek. Elektroresekcja to wycięcie tkanki bliznowatej elektrodą pętlową. Skurcz włókien mięśniowych zamyka ubytek a błona śluzowa napęcza pokrywając powierzchnie raną. Czasami, gdy spodziewamy się zrostów wewnątrzbrzusznych, szczególnie zrostu ściany pęcherza moczowego do macicy to

wykonujemy operację laparoskopową przed histeroskopową. W etapie laparoskopowym uwalniamy zrosty, oddzielamy pęcherz moczowy od blizny. Jeżeli ubytek sięga całej grubości ściany macicy to wycinamy bliznę od strony jamy brzusznej a tak odświeżone brzegi ściany macicy zeszywamy szczelnie szwem wewnątrzbrzusznym. Histeroskopowo sprawdzamy ciągłość ściany macicy. Zarówno operacja histeroskopowa jak i laparoskopowa jest technicznie zabiegiem bardzo precyzyjnym, wymagającym skupienia i uwagi, ponieważ łatwo skaleczyć pęcherz moczowy lub uszkodzić naczynia krwionośne. Stopień trudności operacji przebiega od najłatwiejszego zabiegu- histeroskopowa ablacja ubytku do najtrudniejszego zabiegu – laparoskopowe wycięcie blizny i zeszywanie ściany macicy

### **POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE**

Uzależnione jest od rodzaju zabiegu. Jeżeli jest to histeroskopia operacyjna to ból pooperacyjny jest niewielki i zwykłe leki p/ bólowe są wystarczające. Pobyt w szpitalu do 6 godzin. Rekonwalescencja ( okres gojenia) trwa około 2 tygodni. Kiedy wykonywana jest także laparoskopia operacyjna, to okres gojenia jest dłuższy- około 4 tygodnie, pobyt w szpitalu do 24 godzin, często należy utrzymać cewnik moczowy w pęcherzu przez kilkanaście godzin.

### **POWIKŁANIA**

Żaden lekarz nie może zagwarantować skuteczności leczenia i uniknięcia powikłań. Ogólne powikłania tego zabiegu są podobne jak w operacjach histeroskopowych i laparoskopowych ( opisane w informatorach ogólnych), proporcjonalnie do stopnia trudności technicznych jakie wystąpią w czasie operacji.

### **ROZMOWA OBJAŚNIAJĄCA**

Niniejszy Informator zawiera tylko ogólne informacje o chorobie i najczęściej występujących powikłaniach. Bardziej szczegółowe informacje może Pani uzyskać w rozmowie objaśniającej (np. rzadsze powikłania, dodatkowe leczenie). Proszę pytać się o wszystko, co wydaje się Pani istotne, np. czy należy rozważyć możliwość dodatkowych badań, zabiegów. Prosimy o podjęcie decyzji czy wyraża Pani zgodę na proponowane leczenie operacyjne na odpowiednim formularzu świadomej zgody na zabieg operacyjny.

*Dr nauk med Marek Neuberg*

*<http://www.laparoskopia-neuberg.pl>*