

Krótkowzroczność a ciąża

Janusz Czajkowski

W przebiegu ciąży w organizmie kobiety zachodzi wiele zmian układowych i narządowych, również w narządzie wzroku. Ma to związek z przemianami metabolicznymi (następuje zatrzymanie wody w organizmie), hormonalnymi (wzrost poziomu estrogenów wpływa na rogówkę i twardówkę, a progesteronu na włókna mięśniowe i tkanki bogate w kolagen), hematologicznymi (wzrasta objętość krwi), sercowo-naczyniowymi i immunologicznymi. Fakt ten jest szczególnie znaczący dla pacjentek obciążonych schorzeniami narządu

wzroku lub wadą wzroku i już wcześniej korzystających z korekcji okularowej (ryc. 16).

Zmiany fizjologiczne – to zmiany przejściowe, niepowodujące istotnych zaburzeń w czynności narządu wzroku. Ustępują one po porodzie. Wymienić tu należy:

- obniżenie czucia rogówkowego, szczególnie pod koniec ciąży, które przechodzi w ciągu kilku tygodni po porodzie, jak również grubości i krzywizny rogówki (dyskretny

Ryc. 16.

Kobieta w ciąży w okularach do dali
[Ze zbiorów autora]



obrzęk istoty właściwej, co może tłumaczyć gorszą tolerancję soczewek kontaktowych, np. u krótkowizda);

- spadek produkcji i zmiana składu łez (w trzecim trymestrze ciąży);
- zaburzenia akomodacji, czasem utrzymujące się jeszcze przez okres karmienia piersią – dlatego w tym okresie nie zaleca się krótkowizdom dobierania i zmiany korekcji okularowej;
- spadek wartości ciśnienia wewnątrzgałkowego w wyniku zwiększonego odpływu naczyniówkowo-twardówkowego, jako efekt wzrostu poziomu progesteronu i relaksyny;
- dyskretne zaburzenia pola widzenia;
- zmiany związane ze zwiększoną pigmentacją tkanek zawierających melaninę (przede wszystkim skóry powiek).

Zmiany patologiczne – które pojawiają się podczas ciąży, mogą być z nią związane lub przez nią indukowane:

- mroczki w polu widzenia;
- podwójne widzenie z powodu niedowładu n. VI czaszkowego;
- zmiany w polu widzenia o typie niedowidzenia połowicznego dwuskroniowego (przy wzroście gruczolaka przysadki, który przed ciążą nie dawał żadnych objawów);
- postęp krótkowzroczności, szczególnie średniej i wysokiej;
- jednostronne lub obustronne pogorszenie widzenia, aż do całkowitego zaniewidzenia – pochodzenia korowego;
- surowicze odwarstwienie siatkówki;
- zmiany nadciśnieniowe na dnie oka, aż do rozlanego obrzęku siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego (objawy nadciśnienia złośliwego), rzadziej indukowanych ciążą;

- nasilenie zmian cukrzycowych na dnie oka sprzed okresu ciąży;
- zator tętnicy środkowej siatkówki lub jej gałęzi.

Mimo że wpływ ciąży na narząd wzroku nie został do końca poznany, to ostatnio uważa się, że jest mniej szkodliwy, niż dotychczas sądzono. Często pada pytanie, czy krótkowzroczność, szczególnie średnia i wysoka, może wpływać na wskazania co do sposobu rozwiązania ciąży. Nie ma niestety jednoznacznej odpowiedzi, a temat ten wzbudza wiele dyskusji i kontrowersji nie tylko wśród okulistów, ale również położników i samych pacjentek.

W Polsce najczęstszym wskazaniem okulistycznym do rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego jest w 57% krótkowzroczność. Dzisiaj już wiadomo, że ciąża nie wpływa na rozwój zmian siatkówkowych. Natomiast sytuacje takie jak świeżo przebyte zabiegi chirurgiczne, szczególnie wewnątrzgałkowe, średnia i wysoka krótkowzroczność ze zmianami zwyrodnieniowymi w plamce z neowaskularyzacją podsiatkówkową (plama Fuchsa), mogą powodować ryzyko krwawień śródsiatkówkowych. Są to np. stany w krótkim okresie (< 1 miesiąca) po fotokoagulacji laserowej zwyrodnieniowych zmian siatkówkowych predysponujących do jej odwarstwienia lub po laserowej korekcji krótkowzroczności, jeżeli grubość rogówki po zabiegu jest mniejsza niż 350 µm. Sytuacje te często zmuszają do uwzględnienia pisemnego wniosku z konsultacji okulistyckiej o średnim lub wysokim ryzyku powikłań okulistycznych w przypadku porodu siłami natury. Decyduje o tym wnikliwe badanie obwodu dna oka, a nie liczba dioptrii krótkowzroczności. Wynika z tego, że krótkowzroczność bez zmian w plamce nie jest wskazaniem do cięcia cesarskiego, a zmiany zwyrod-

nieniowe, mogące predysponować do odwarstwienia siatkówki, powinny być zabezpieczone za pomocą fotokoagulacji laserowej przed upływem 1 miesiąca do rozwiązania. Jednak nawet stan po operacji odwarstwionej siatkówki w okresie powyżej 1 miesiąca, z całkowicie przyłożoną siatkówką, również nie jest wskazaniem do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim.

Ponadto w ostatnich latach nie wyróżnia się już względnych wskazań do wykonania tej operacji. Bręborowicz ponadto podkreśla, że błędem byłoby tutaj rozumienie wskazań jako zbioru sztywnych nakazów i zakazów ograniczających swobodę wyboru metody postępowania.

Jeżeli w badaniu okulistycznym u ciężarnej z krótkowzrocznością nie stwierdza się na dnie oka zmian zwyrodnieniowych siatkówki predysponujących do jej odwarstwienia lub zabezpieczone są one wygojonymi ogniskami laserowymi, to nie ma powodu do odstąpienia od porodu siłami natury. Jednak w razie stwierdzenia tego typu nieprawidłowości należy kierować ciężarną na laserokoagulację zabezpieczającą te zmiany, aby w czasie parcia, w II okresie porodu (mechanizm Valsalvy) nie doszło do ostrego tylnego odłączenia ciała szklistego, przedarcia i odwarstwienia siatkówki. Taka profilaktyka zmian predysponujących powinna być wykonana nie później niż na 3–4 tygodnie przed planowanym terminem porodu.

Kobieta ciężarna z wadą wzroku powinna być rutynowo kierowana na badania okulistyczne na początku ciąży oraz po upływie 30. tygodnia ciąży. Natomiast ok. 21 dni przed terminem porodu można już ostatecznie ustalić wskazania do odbycia porodu siłami natury czy zasugerować ryzyko wystąpienia okulistycznych powikłań, gdy poród odbędzie się taką drogą. Wynika

z tego, że decyzję tę należy podejmować po rozważeniu wszystkich za i przeciw, indywidualnie u każdej ciężarnej, i to biorąc pod uwagę doświadczenie położnika, szczegółową analizę dotychczasowego przebiegu ciąży oraz aktualną sytuację położniczą i pisemny wniosek z konsultacji okulistycznej. Dlatego ostatecznie o sposobie rozwiązania ciąży decydować może tylko położnik po uwzględnieniu opinii okulisty jako głosu doradczego.

Przy braku jasno sprecyzowanych zasad postępowania w takich przypadkach często dochodzi do zaniedbań poprzez niekierowanie lub zbyt późne kierowanie ciężarnych na stosowne badanie bądź leczenie okulistyczne (laserowe), oraz czasem do nieuzasadnionego rozwiązania ciąży cięciem cesarskim. Wszystkie ciężarne z krótkowzrocznością należy poinformować, że sam lęk przed odbyciem porodu siłami natury i związaną z tym utratą wzroku nie powinien stać się powodem do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim na własne życzenie.

Po porodzie siłami natury u kobiet z wysoką krótkowzrocznością Prost obserwował u 17% badanych drobne krwotoczki śródsiatkówkowe oraz przemijający obrzęk płamki. Były one wynikiem zaburzeń wodno-elektrolitowych i podwyższonego ciśnienia żylnego na skutek parcia. Po ustąpieniu nie powodowały istotnych zaburzeń widzenia. Świadczy to jednak o konieczności dokładnej oceny dna oka u pacjentek również w okresie poporodowym.

Wszystkie sporne kwestie związane z tym tematem reguluje Konsensus okulistyczno-położniczy w sprawie wskazań do rozwiązania porodu drogą cięcia cesarskiego z powodu zmian w narządzie wzroku. Określają to Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (stan na dzień 10 czerwca 2014 r.). Wy-

tyczne te stanowią doradztwo, oparte na opinii grupy specjalistów w zakresie okulistyki i położnictwa w rozwiązywaniu ciąży u krótkowzrocznej ciężarnej

drogą cięcia cesarskiego, ale nie mogą jednoznacznie przesądzać o opinii okulisty, który musi podejmować decyzję indywidualnie u każdej pacjentki.

Piśmiennictwo:

1. Bręborowicz G.H.: Położnictwo i ginekologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005: 186-190, 194-208, 232-246, 295.
2. Ciszewska J., Dróbecka-Brydak E.: Poród u pacjentek z krótkowzrocznością. Stand. Med. 2002; 12: 676-677.
3. Ciszewska J., Dróbecka-Brydak E.: Zaburzenia ze strony narządu wzroku w okresie ciąży. Terapia 2000; 11: 18-19.
4. Czajkowski J.: Jak oko wpływa na ciążę, a jak ciąża na oko – wybrane zagadnienia. Okulistyka 2011; 1/II: 14-17.
5. Kubicka-Trzaska A., Karska-Basta I., Kobylarz J., Romanowska-Dixon B.: Wpływ ciąży na narząd wzroku. Klin. Oczna 2008; 110: 401-404.
6. Misiuk-Hojto M., Dembska K., Morawski M.: Problemy okulistyczne u ciężarnych – aspekty praktyczne. Ginekol. Prakt. 2006; 88(2): 2023.
7. Pecold K.: Problemy okulistyczne u kobiet ciężarnych – wskazania do cięcia cesarskiego. Klin. Perinatol. i Ginekol. 2004; 40(2): 7-9.
8. Piłas-Pomykańska M., Czajkowski J., Oszkowski P.: Zmiany w narządzie wzroku w przebiegu ciąży. Ginekol. Pol. 2005; 76(8): 655-660.
9. Prost M.: Wysoka krótkowzroczność a poród. Klin. Oczna 1996; 98: 129-130.
10. Prost M., Wilczyński J.: Konsensus okulistyczno-położniczy w sprawie wskazań do rozwiązania porodu drogą cięcia cesarskiego z powodu zmian w narządzie wzroku. Wytoczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Stan na dzień 10 czerwca 2014. www.pto.com.pl