NEWSLETTER #16 · ZAŁĄCZNIK 1 · LIPIEC 2026

Choroby odbytu w ciąży i połogu — leczenie oparte na EBM

ze szczególnym uwzględnieniem szczeliny odbytu

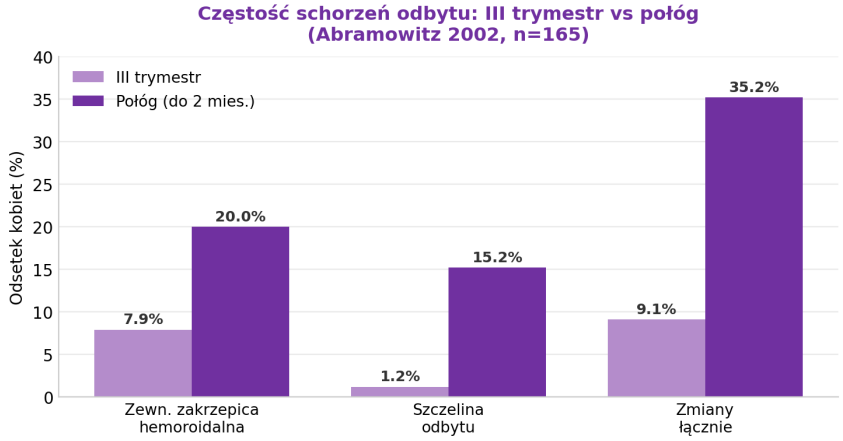
Materiał ujęto w 11 sekcjach: baza dowodów, epidemiologia i czynniki ryzyka, trzy jednostki chorobowe z leczeniem EBM, leki przeciwbólowe, różnicowanie okołoporodowe, filtr polskiego rynku, postępowanie krok po kroku oraz ograniczenia i źródła.

1. Co zbadano i jak

Temat jest słabo opracowany — od dekad istnieje zaledwie garść prospektywnych prac. Kręgosłupem dowodów pozostaje badanie Abramowitza i wsp. (Dis Colon Rectum 2002, n=165): kolejne ciężarne badane proktologicznie w ostatnich trzech miesiącach ciąży i do dwóch miesięcy po porodzie. Potwierdza je prospektywna kohorta Poskusa i wsp. (BJOG 2014, n=280). Poziom EBM dla epidemiologii: kohorty prospektywne, jednoośrodkowe. Rekomendacje terapeutyczne w ciąży i laktacji są w większości uogólnieniem z populacji niecięŻarnej i z baz bezpieczeństwa leków (LactMed, e-lactancia), a nie efektem badań w tej konkretnej grupie.

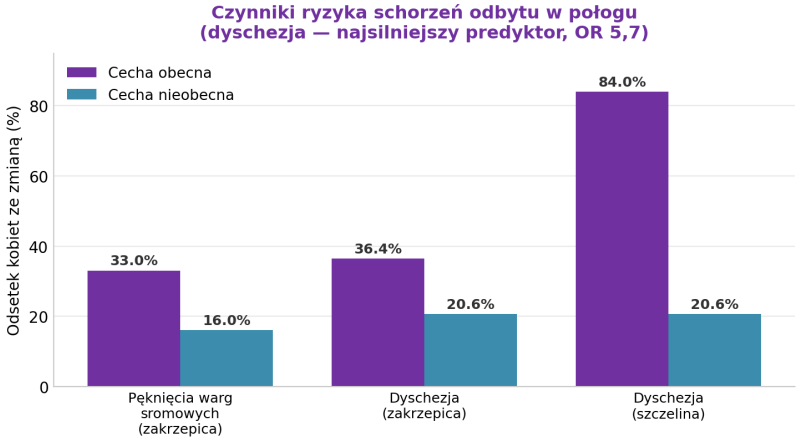
2. Jak często i u kogo — epidemiologia i czynniki ryzyka

Największy przyrost zmian następuje po porodzie, nie w ciąży. W badaniu referencyjnym zmiany proktologiczne stwierdzono u 9,1% kobiet w III trymestrze i u 35,2% w połogu. Zewnętrzna zakrzepica hemoroidalna dominuje bezpośrednio po porodzie (91% przypadków w pierwszej dobie), szczeliny rozkładają się równomiernie przez dwa miesiące.



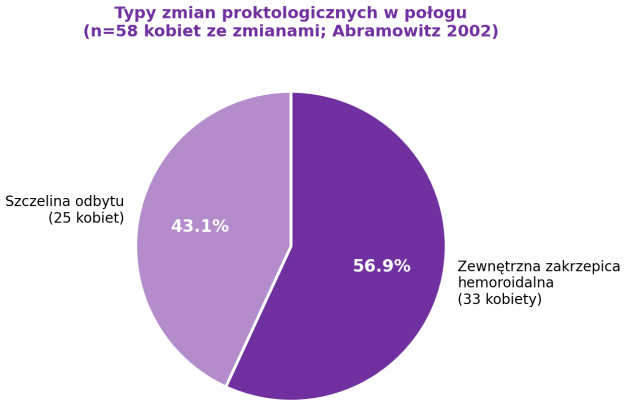
Częstość zmian rośnie skokowo po porodzie (Abramowitz 2002).

Najsilniejszym niezależnym czynnikiem ryzyka jest dyschezja (utrudnione, bolesne wypróżnianie; OR 5,7; 95% CI 2,7–12), a dalej późny lub przedłużony poród (OR 1,4; 95% CI 1,05–1,9). Cięcie cesarskie działa ochronnie — zakrzepica poporodowa dotyczyła 3% kobiet po cięciu wobec 19% po porodzie drogami natury.



Dyschezja poprzedza aż 84% szczelin poporodowych — to jest punkt do interwencji.

Wśród kobiet ze zmianami w połogu proporcje obu głównych jednostek są zbliżone: zakrzepica u 33, szczelina u 25 z 58 kobiet.



Rozkład typów zmian w połogu (Abramowitz 2002).

3. Zewnętrzna zakrzepica hemoroidalna — leczenie

Objaw wiodący: nagły, silnie bolesny guzek na brzegu odbytu. Pierwszy rzut jest zachowawczy: regulacja wypróżnień, ciepłe nasiadówki, leki przeciwbólowe, preparaty miejscowe złożone (kortykosteroid z anestetykiem), ewentualnie flawonoidy. Nacięcie lub wycięcie skrzepliny w znieczuleniu miejscowym rezerwuj dla dużych, bardzo bolesnych zmian we wczesnej fazie (do ~4 dni od początku objawów) — daje szybszą ulgę i mniej nawrotów. W kohorcie ciężarnych (Luo i wsp., BMC Surg 2023) leczenie zabiegowe skróciło powrót do aktywności (6,5 vs 13,5 dnia) i obniżyło odsetek nawrotów (8,6% vs 30,4%), bez wzrostu ryzyka położniczego. Metaanaliza z 2025 r. potwierdza niższe ryzyko nawrotu po zabiegu (RR 0,49). Poziom EBM: kohorty i pojedyncze podanalizy randomizowane, jakość niska–umiarkowana.

4. Choroba hemoroidalna wewnętrzna — leczenie

Zwykle bezbolesna (krwawienie, wypadanie); ból tylko przy uwięźnięciu. Trzon postępowania to błonnik, nawodnienie i regulacja wypróżnień oraz leki miejscowe. Zabiegi (opaskowanie, skleroterapia) i chirurgię odraczaj do zakończenia laktacji poza sytuacjami naglącymi.

Mikronizowana oczyszczona frakcja flawonoidowa (MPFF; diosmina/hesperydyna) ma dowody na redukcję krwawienia i objawów w populacji ogólnej. W jedynym badaniu w ciąży (Buckshee 1997 — badanie otwarte, nie RCT; n=50) 66% kobiet uzyskało ustąpienie objawów ostrych do 4. doby, bez wpływu na przebieg ciąży i rozwój dziecka. Uwaga: producent (ChPL Daflon) odradza stosowanie w ciąży i laktacji z ostrożności, podczas gdy bazy laktacyjne oceniają ryzyko jako niskie — tę rozbieżność warto

przedstawić pacjentce.

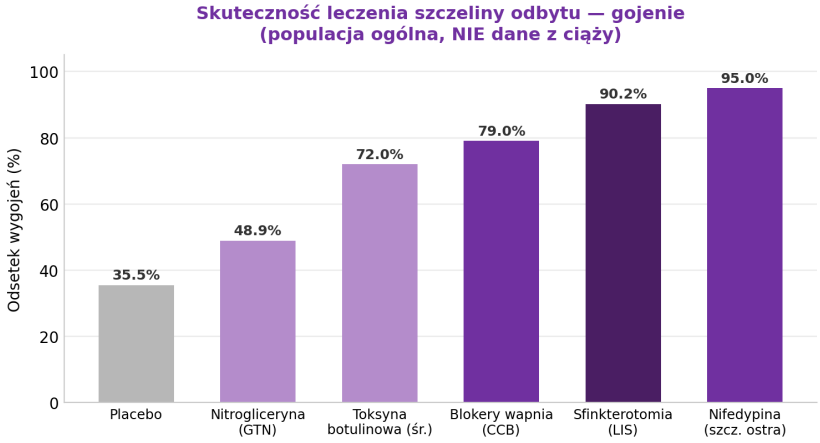
5. Szczelina odbytu — patofizjologia i leczenie

To najważniejsza część. Szczelina poporodowa różni się od klasycznej. W szczelinie przewlekłej sednem jest hipertonia zwieracza wewnętrznego i wtórne niedokrwienie anodermy. W połogu przeważa hipotonia kanału odbytu i dyschezja (84% vs 20,6%). Konsekwencja praktyczna: leki obniżające napięcie zwieracza (nitrogliceryna miejscowa, blokery kanału wapniowego, toksyna botulinowa) mają w połogu słabsze uzasadnienie patofizjologiczne — nacisk kładź na miękki stolec, nawodnienie i gojenie.

Leczenie zachowawcze (pierwszy rzut, bezpieczne w ciąży i laktacji):

- regulacja wypróżnień — psyllium (babka jajowata) lub makrogol, alternatywnie laktuloza; nawodnienie i błonnik w diecie;
- ciepłe nasiadówki i emolienty/środki nawilżające miejscowo;
- wg ASCRS 2023 leczenie nieoperacyjne szczeliny ostrej jest pierwszym rzutem (rekomendacja 1B).

Farmakologia „sfinkterotomii chemicznej" (uzasadniona przy udokumentowanej hipertonii, więc zwykle poza kontekstem połogu): nitrogliceryna miejscowa goi ok. 49% wobec 36% dla placebo (Cochrane 2012), z ~30% bólów głowy i ~50% nawrotów; blokery kanału wapniowego (diltiazem 2%, nifedypina) mają porównywalną skuteczność przy dużo lepszej tolerancji (ból głowy 7% vs 56%). Toksyna botulinowa jest przeciwwskazana w ciąży i laktacji — nie stosuj jej w tym kontekście.



Skuteczność dotyczy populacji ogólnej — nie została potwierdzona w ciąży.

Chirurgia — sfinkterotomia boczna wewnętrzna (LIS): goi ~90%, ale wiąże się z ryzykiem zaburzeń trzymania (8,9–14%). W połogu z hipotonią zwieracza jest szczególnie ryzykowna. Rozważaj ją dopiero po ~12 tygodniach nieskutecznego leczenia zachowawczego, po zakończeniu laktacji i wyłącznie po wykluczeniu OASIS.

6. Leki przeciwbólowe — co wolno, czego nie

Paracetamol jest bezpieczny we wszystkich trymestrach i w laktacji, ale przy silnym bólu proktologicznym często niewystarczający. NLPZ są przeciwwskazane w III trymestrze (ryzyko przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego i małowodzia); po porodzie i w laktacji są dopuszczalne, z preferencją ibuprofenu. Tramadolu i kodeiny unikaj w laktacji — u ultraszybkich metabolizerek CYP2D6 opisano depresję oddechową niemowląt. Poniższa tabela zbiera profile bezpieczeństwa.

Lek / interwencja	Ciąża	Laktacja	Uwaga
Paracetamol	Bezpieczny	Bezpieczny	Pierwszy rzut; często niewystarczający

Lek / interwencja	Ciąża	Laktacja	Uwaga
NLPZ (ibuprofen, diklofenak)	Przeciwwskazane w III trym.	Dopuszczalne (ibuprofen)	Ryzyko zamknięcia przewodu tętniczego
Tramadol / kodeina	Przeciwwskazana względnie	Niezalecane	CYP2D6 — ryzyko u ultraszybkich metabolizerek
Kortykosteroid miejscowy	Dopuszczalny	Dopuszczalny	Krótko; preferowany w III trym.
Lidokaina miejscowa	Dopuszczalna	Dopuszczalna	Krótkotrwale
Nitrogliceryna (GTN) miejscowa	Odradzana (UE)	Dopuszczalna	Ból głowy ~30%; w PL tylko receptura
Diltiazem / nifedypina miejsc.	Ostrożnie	Dopuszczalne	W PL tylko receptura (off-label)
Toksyna botulinowa	Przeciwwskazana względnie	Przeciwwskazana względnie	Wykluczana z badań w ciąży
MPFF (diosmina/hesperydyna)	Producent odradza	Ryzyko niskie (bazy)	Rozbieżność ChPL vs bazy laktacyjne
Makrogol / laktuloza / psyllium	Bezpieczne	Bezpieczne	Trzon leczenia zachowawczego

7. Czego nie przeoczyć — OASIS i nietrzymanie stolca

Przed każdą interwencją obniżającą napięcie zwieracza wyklucz uszkodzenie zwieracza odbytu (OASIS — pęknięcia III/IV stopnia; częstość w UK ok. 2,9%, 6,1% u pierwiastek). Objawy nietrzymania stolca lub gazów, uczucie parcia lub „brudzenia" bielizny wymagają skierowania do poradni proktologicznej lub uroginekologicznej (endosonografia). Nie sprowadzaj też każdego bólu odbytu do hemoroidów — ból przy wypróżnianiu w tygodniach po porodzie to przede wszystkim sygnał szczeliny.

8. Filtr polskiego rynku

- **MPFF / Detralex (diosmina/hesperydyna)** — dostępny w Polsce.
- **Nitrogliceryna doodbytnicza** — brak gotowego preparatu w PL; wyłącznie receptura 0,2–0,4% (uwaga na błędy stężeń).
- **Diltiazem 2% / nifedypina miejscowa** — tylko receptura (off-label); brak preparatów gotowych.
- **Preparaty miejscowe z hydrokortyzonem** (np. Posterisan H, czopki do odbytu) lidokainą (Lidoposterin żel do odbytu i zewnętrznie) — dostępne (np. preparaty złożone doodbytnicze).
- **Makrogol, laktuloza, psyllium** — szeroko dostępne bez recepty; podstawa leczenia w gabinecie.
- **Toksyna botulinowa** — dostępna, ale nie do stosowania w ciąży/laktacji.

9. Co robić w gabinecie — postępowanie krok po kroku

1. **Krok 1.** U każdej ciężarnej i położnicy z dolegliwościami odbytu zacznij od regulacji wypróżnień (psyllium lub makrogol + nawodnienie + błonnik), nasiadówek i higieny; ból — paracetamol.
2. **Krok 2.** Leczenie miejscowe wg jednostki: zakrzepica/hemoroidy — kortykosteroid z anestetykiem krótko, rozważ MPFF; szczelina — nacisk na miękki stolec, w połogu unikaj rutynowo GTN/blokerów wapnia.

3 **Krok 3.** Ból oporny: nie stosuj NLPZ w III trymestrze; po porodzie ibuprofen dozwolony; unikaj tramadolu/kodeiny w laktacji.

4 **Krok 4.** Brak poprawy: zakrzepica z silnym bólem <4 dni — rozważ nacięcie; szczelina oporna >8–12 tyg. lub objawy nietrzymania — skieruj do proktologa; sfinkterotomię odraczaj do końca laktacji i po wykluczeniu OASIS.

10. Ograniczenia

Baza dowodów jest skąpa i w większości jednoośrodkowa. Dane o bezpieczeństwie leków miejscowych w ciąży są zwykle uogólnieniem z populacji niecięŻarnej i baz laktacyjnych — brak dedykowanych RCT dla GTN, diltiazemu, nifedypiny i toksyny botulinowej w tej grupie. Skuteczność leczenia szczeliny na wykresie pochodzi z populacji ogólnej, nie z ciąży. Część liczb dotyczących czynników ryzyka pochodzi z relacji konferencyjnej i wymaga potwierdzenia w pełnym tekście pracy pierwotnej. Zaznaczono trzy rozbieżności źródeł: MPFF (ChPL odradza vs bazy laktacyjne dopuszczają), GTN (UE odradza w ciąży vs USA kategoria C) oraz status Buckshee 1997 (badanie otwarte, nie RCT).

FLAGA WERYFIKACJI

Wszystkie numery PMID/DOI wymagają potwierdzenia w PubMed przed drukiem. Zweryfikowano w toku pracy: Abramowitz 2002 (PMID 12004215), Buckshee 1997 (PMID 9184951), ASCRS 2023 (PMID 36321851). Pozostałe cytowania — do kontroli redakcyjnej.

11. Źródła

Abramowitz L i wsp. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum 2002;45(5):650–655.

Poskus T i wsp. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth. BJOG 2014;121(13):1666–1671.

Bužinskienė D, Poškus T i wsp. Perianal Diseases in Pregnancy and After Childbirth. Front Surg 2022;9:788823.

Davids JS i wsp. (ASCRS). Anal Fissures. Dis Colon Rectum 2023;66(2):190–199.

Nelson RL i wsp. Non-surgical therapy for anal fissure. Cochrane 2012 (CD003431).

Buckshee K i wsp. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1997;57(2):145–151.

Luo H i wsp. Ligasure hemorrhoidectomy vs conservative treatment for TEH in pregnancy. BMC Surg 2023;23:15.

RCOG Green-top Guideline No. 29 (OASIS). LactMed (NIH); SPS NHS; MotherToBaby (diklofenak); FDA (kodeina/tramadol w laktacji).

Punkt wyjścia: Medscape — Common Anal Problems After Childbirth (22.06.2026).