

Ουρολογικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης

ΧΡΗΣΤΟΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

Χειρουργός Ουρολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

Η κύηση συνεπάγεται αλλαγές στη λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, οι οποίες συχνά προκαλούν συμπτώματα και προδιαθέτουν σε παθολογικές καταστάσεις που είναι επικίνδυνες τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο. Η συχνουρία και η ακράτεια ούρων προσπαθείας είναι τα συχνότερα συμπτώματα. Άλλα συμπτώματα και ευρήματα είναι η επιτακτική ούρηση, η ατελής κένωση της ουροδόχου κύστης, η αιματουρία και ο κοιλικός του νεφρού¹. Η αιματουρία συνήθως οφείλεται σε ευθραυστότητα των φλεβών των νεφρικών σωληναρίων, ενώ το αίλος στην οσφύ μπορεί να οφείλεται σε λιθίαση, υδρονέφρωση ή πνευμονοφρίτιδα.

Υδρονέφρωση

Η διάταση του πνευλοκαλυκτικού συστήματος είναι φυσιολογικό αποτέλεσμα της πίεσης του ουρητήρα από τη διογκούμενη μήτρα. Η υδρονέφρωση συνήθως συμβαίνει δεξιά, κατά το μέσο της κύησης, λόγω της στροφής της μήτρας προς τα δεξιά. Επίσης ουρητηρεκτασία παρατηρείται και από μη αποφρακτικά αίτια, κυρίως λόγω ορμονικών αλλαγών².

Η υδρονέφρωση που προκαλεί συμπτώματα (άιλος) αρχικά αντιμετωπίζεται συντηρητικά με συστάσεις προς την έγκυο να ξαπλώνει προς τα αριστερά, με σκοπό να μειώνεται η πίεση που δέχεται ο ουρητήρας από τη μήτρα. Επί αποτυχίας αυτού του μέτρου συνιστάται η τοποθέτηση ουρητηρικού stent ή η διαδερμική νεφροστομία, εφόσον αντενδείκνυται η επίσπηση του τοκετού³.

Η αποσυμφόρηση του αποχετευτικού συστήματος, πέρα από την ανακούφιση του πόνου, σκοπό έχει και την πρόληψη της αυτόματης νεφρικής ρήξης (SRR-spontaneous renal rupture). Η αυτόματη ρήξη, η οποία μερικές φορές μπορεί να είναι θανατηφόρα, εκδηλώνεται με πόνο, αιματουρία, μάζα στην οσφύ και υπόταση. Συνήθως εμφανίζεται σε ήδη πάσχοντες νεφρούς (π.χ. όγκοι) και μπορεί να αφορά είτε στο παρέγχυμα είτε στο αποχετευτικό σύστημα⁴.

Λιθίαση ουροποιητικού

Γενικά η εγκυμοσύνη δεν προδιαθέτει στο σχηματισμό λίθων σε σύγκριση με τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό, παρά την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου όπως η υδρονέφρωση, η μειωμένη περισταλτικότητα του ουρητήρα και ο υπερκορεσμός των ούρων σε ασβέστιο. Αυτό αποδίδεται στην αυξημένη απέκκριση των αναστολέων λιθίασης, όπως το μαγνήσιο, τα κητρικά και οι πολυσακχαρίτες, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης⁵.

Στην περίπτωση της συμπτωματικής λιθίασης απαιτείται ουρολογική παρέμβαση.

Καθώς οι περισσότεροι λίθοι ε-

ντοπίζονται στους ουρητήρες, το υπερηχογράφημα δεν είναι πάντα αρκετό για να τεθεί η διάγνωση. Μερικές φορές απαιτείται και ακτινολογικός έλεγχος.

Ως αρχική αντιμετώπιση συνιστάται η αναμονή, καθώς οι περισσότεροι λίθοι αποβάλλονται αυτόματα. Στην αντίθετη περίπτωση πρέπει να τοποθετείται ουρητηρικό stent, το οποίο χρήζει αλλαγής κάθε μήνα, λόγω της αυξημένης τάσης επίσπρωσής του με άλματα. Η ουρητηροσκόπηση, από την άλλη, σε συνδυασμό με ηλεκτροϋδραυλική ή λέιζερ λιθοθρυψία, παρέχει τη δυνατότητα απαλλαγής από το λίθο και την αποφυγή των συχνών αλλαγών pig-tail.

Η διαδερμική και η ανοιχτή λιθοτομή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αποτελούν δικαιολογημένες επιλογές. Όσον αφορά στην εξωσωματική λιθοθρυψία (ESWL), η εγκυμοσύνη αποτελεί σχετική αντένδειξη, καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν την ασφάλεια των κυμάτων κρούσης στο αναπτυσσόμενο έμβρυο⁶.

Ουρολοιμώξεις

Θεωρείται πια δεδομένο ότι η ασυμπτωματική βακτηριουρία στην εγκυμοσύνη πρέπει να θεραπεύεται. Είναι γνωστό ότι οι έγκυες γυναίκες με ασυμπτωματική βακτηριουρία στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, αν δε λάβουν θεραπεία, θα παρουσιάσουν οξεία πνευμονοφρίτιδα στο τρίτο τρίμηνο (οπότε η στάση των ούρων είναι πιο έντονη) σε ποσοστό 20-40%, με όλες τις πιθανές συνέπειες αυτής, όπως πρόωρη κύηση, καθυστερημένη ανάπτυξη εμβρύου, λιποβαρές νεογνό.

Ως εκ τούτου, όλες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται με ποσοτικές καλλιέργειες ούρων. Η αντιμετώπιση της βακτηριουρίας, συμπτωματικής ή μη, αρχικά περιλαμβάνει την εκρίζωση του υπεύθυνου μικροοργανισμού και στη συνέχεια είτε τακτικό έλεγχο για πιθανή υποτροπή της βακτηριουρίας (π.χ. κάθε μήνα) είτε χημειοπροφύλαξη για το υπόλοιπο

της κύησης με αντιβιοτικά που στερούνται ανεπιθύμητων ενεργειών για το έμβρυο⁷.

Η θεραπεία της βακτηριουρίας συνήθως διαρκεί 3-10 ημέρες, ενώ είναι απαραίτητο να επαναληφθεί η καλλιέργεια μετά το πέρας της θεραπείας. Σε περίπτωση επιμονής ή υποτροπής της βακτηριουρίας απαιτείται χημειοπροφύλαξη με χορήγηση μιας ημερήσιας δόσης για το υπόλοιπο της κύησης, ενώ έχει αναφερθεί και η χορήγηση αντιβιοτικού μετά από κάθε συνουσία.

Οι έγκυες γυναίκες με ασυμπτωματική βακτηριουρία στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, αν δε λάβουν θεραπεία, θα παρουσιάσουν οξεία πνευμονοφρίτιδα στο τρίτο τρίμηνο (οπότε η στάση των ούρων είναι πιο έντονη) σε ποσοστό 20-40%, με όλες τις πιθανές συνέπειες αυτής, όπως πρόωρη κύηση, καθυστερημένη ανάπτυξη εμβρύου, λιποβαρές νεογνό.

Σε περίπτωση σοβαρής πνευμονοφρίτιδας απαιτείται παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών μέχρι να υφεθεί ο πυρετός και στη συνέχεια αγωγή από το στόμα για συνολικά 14 ημέρες.

Τα αντιβιοτικά που θεωρούνται ασφαλή (εφόσον δεν υπάρχει αλλεργία) είναι οι πενικιλίνες και οι κεφαλοσπορίνες. Τα άλλα αντιβιοτικά είτε αντενδείκνυται (όπως οι κινολόνες που προκαλούν ανωμαλίες των χόνδρων) είτε μπορεί να είναι δυνητικά επικίνδυνα (όπως η νιτροφουραντοΐνη που προκαλεί αιμόλυση σε περίπτωση έλλειψης της G-6-PD)⁸.

Ακράτεια ούρων

Η ακράτεια ούρων προσπαθείας και η συχνουρία αποτελούν τα κυριότερα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό κατά την εγκυμοσύνη. Η επίσπηση των ούρων είναι σπανιότερο πρόβλημα και οφείλεται σε απόφραξη του αυχένα της κύστης λόγω κλίσης προς τα πίσω της μήτρας, αντιμετωπίζεται δε με την αλλαγή της θέσης αυτής χειρωνακτικά⁹. Η ακράτεια προσπαθείας μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του σφιγκτηριακού μηχανισμού από κάκωση, ιδιαίτερα μετά από ανώμαλο τοκετό.

Επίσης, έχει προταθεί η ορμονική αιτιολογία για την ακράτεια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς τελευταία δεδομένα υποστηρίζουν ότι η εγκυμοσύνη, μέσω των ορμονικών αλλαγών, προάγει μεταβολές στην ανταπόκριση των λείων μυϊκών ινών της ουρήθρας και του αυχένα στα αυτόνομα νευρικά ερεθίσματα¹⁰.

Όσον αφορά στις εγκύους που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε επεμβάσεις για τη διόρθωση ακράτειας, όπως οι ταινίες ελεύθερης τάσης και η κοιλιοανάρτηση, πρέπει να προτιμάται η καισαρική τομή με σκοπό να διαφυλάσσεται το αποτέλεσμα αυτών των επεμβάσεων. Αυτό δεν ισχύει στις περιπτώσεις που έχει προηγηθεί περιουρηθρική εμφύτευση κοιλιαγόνου¹¹.

Απεικονιστικός έλεγχος και εγκυμοσύνη

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Εταιρείας Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, η έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία μικρότερη των 5 rad δεν έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου ή αυτόματων αποβολών¹². Εντούτοις, ο σχετικός κίνδυνος θνησιμότητας στην παιδική ηλικία μετά από έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία 1-2 rad αυξάνεται σε 1/2.000 από 1/3.000 που είναι στο γενικό πληθυσμό. Επίσης, έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία 1 rad σχετίζεται με 2,4 φορές αύξηση στην επίπτωση των

κακοθειών της παιδικής ηλικίας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η δόση μιας κλασικής πνευλογραφίας είναι 1,5 rad, ενώ μια ακτινογραφία κοιλίας αποδίδει 0,2 rad¹³.

Η υγεία πάντως της μητέρας δεν πρέπει να τίθεται σε κίνδυνο λόγω του φόβου της επίδρασης της ακτινοβολίας στο έμβρυο. Εντούτοις, εναλλακτικές απεικονιστικές μέθοδοι όπως η υπερηχοτομογραφία και η μαγνητική τομογραφία (MRI) πρέπει να εφαρμόζονται όποτε αυτό είναι δυνατό. Παρόλο που η MRI δεν έχει σχετιστεί έως σήμερα με ανεπιθύμητες ενέργειες για το έμβρυο, δεν συνιστάται η χρήση της στο πρώτο τρίμηνο της κύησης¹².

Βιβλιογραφία

- Stanton SI, Kerr-Wilson R, Grant Harris V. The incidence of urological symptoms in normal pregnancy. Br J Obstet Gynecol 1980; 87:897-900.
- Harrow BR, Sloane JA, Salhanick L. Etiology of the hydronephrosis of pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1964; 119:1042-1048.
- Stothers L, Lee LM. Renal colic in pregnancy. J Urol 1992; 148:1383-1387.
- Izumoto H, et al. Spontaneous renal rupture in pregnancy. Arch Surg 1989; 124:389.
- Harris RE, Dunnihoo DR. The incidence and significance of urinary calculi in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1967; 99:237-241.
- Denstedt JD, Razvi H. Management of urinary calculi during pregnancy. J Urol 1992; 148:1072-1075.
- Patterson TF, Andriole VT. Bacteriuria in pregnancy. Infect Dis Clin N Am 1987; 1: 807-822.
- Krieger JN. Complications and treatment of urinary tract infections during pregnancy. Urol Clin N Am 1986; 13:685-693.
- Goldberg KA, Kwart AM. Intermittent urinary retention in first trimester of pregnancy. Urol 1981; 17:270-271.
- Lee JG, Wein AJ, Levin RM. Effects of pregnancy on urethral and bladder neck function. Urology 1993; 42:747.
- Cutner A, Cardoso LD, Wise BG. The effects of pregnancy on previous incontinence surgery. Case report. Br J Obstet Gynecol 1991; 98:1181.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. Committee Opinion. September 1995.
- Shu XO, Jin F, Lnet MS, et al. Diagnostic X-ray and ultrasound exposure and risk of childhood cancer. Br J Cancer 1994; 70:531.