

Κλινική μελέτη

Κύηση μετά κυστεοπλαστική
κατά Clam-Σειρά περιπτώσεων

Θ. Μίκος¹
 Ε. Ιωαννίδης²
 Κ. Χατζημουρατίδης²
 Χ. Σταματόπουλος¹
 Π. Σταματόπουλος¹
 Β. Ταρλατζής¹

¹Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική
κλινική

²Β΄ Ουρολογική κλινική

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
 Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο
 Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:

Θ. Μίκος,

Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική
κλινική,

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
 Θεσσαλονίκης,

Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου,
 Περιφερειακή οδό Νέας Ευκαρπίας,
 54 603, Θεσσαλονίκη

E-mail: themis.mikos@gmail.com

Κατατέθηκε: 5/6/08

Εγκρίθηκε: 15/11/08

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η κυστεοπλαστική κατά Clam είναι μία τεχνική που στοχεύει στην αύξηση του μεγέθους της ουροδόχου κύστης και χρησιμοποιείται ολοένα και συχνότερα. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση του μαιευτικού, νεογνολογικού και ουρολογικού αποτελέσματος από γυναίκες που κυοφόρησαν και ολοκλήρωσαν την εγκυμοσύνη τους μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam.

Ασθενείς και μέθοδοι: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών. Κριτήρια εισόδου για να συμπεριληφθεί μία ασθενής στη μελέτη αυτή ήταν: 1) ιστορικό σύλληψης μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam, 2) φυσιολογικές τιμές ουρίας και κρεατινίνης ορού κατά την έναρξη της κύησης, 3) αρνητικές καλλιέργειες ούρων κατά την έναρξη της κύησης, και 4) συνεχής παρακολούθηση τουλάχιστον άπαξ μηνιαίως από μαιευτήρα και ουρολόγο.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 11 γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε κυστεοπλαστική κατά Clam σε μέση ηλικία 9,5 έτη και μέση ηλικία τοκετού 26,3 έτη. Σε τέσσερις περιπτώσεις (36,4%), παρουσιάστηκαν μαιευτικές επιπλοκές. Σε δύο γυναίκες παρατηρήθηκε πρόωρη έναρξη συσπάσεων μήτρας (18,2%), σε μία περίπτωση υπήρξε αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων πριν από τον τοκετό (9,1%), ενώ σε μία περίπτωση η εγκυμοσύνη ενεπλάκη με την εμφάνιση προεκλαμψίας (9,1%). Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε σε 5 περιπτώσεις κολπικά (45,5%) και σε 6 με καισαρική τομή (54,5%). Από τις περιπτώσεις του κολπικού τοκετού, δύο περιπτώσεις διενεργήθηκε σικουιλία (22,2%), ενώ σε άλλες τρεις περιπτώσεις έγινε αυτόματος κολπικός τοκετός (33,3%).

Συμπεράσματα: Φαίνεται πως η εγκυμοσύνη μετά κυστεοπλαστική κατά Clam ενέχει υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ουρολομώξεων και προωρότητας. Η στενή προγεννητική παρακολούθηση και η συνεχής συνεργασία μεταξύ ουρολόγων και μαιευτήρων είναι απαραίτητες προκειμένου να υπάρξει το καλύτερο μαιευτικό και νεογνολογικό αποτέλεσμα.

Όροι ευρετηρίου: κυστεοπλαστική κατά Clam, κύηση, προεκλαμψία, μαιευτικές επιπλοκές, ουρολομώξεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κυστεοπλαστική κατά Clam είναι μία τεχνική που στοχεύει στην αύξηση του μεγέθους της ουροδόχου κύστης και χρησιμοποιείται ολοένα

Πίνακας 1. Μαιευτικές επιπλοκές σε περιπτώσεις κύησης μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam

Πρόωρος τοκετός	4/11 (36.4%)
Προεκλαμψία	1/11 (9.1%)
Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων	1/11 (9.1%)
Πρόωρες συσπάσεις μήτρας	2/11 (18.2%)

και συχνότερα. Παρόλα αυτά, υπάρχει περιορισμένος αριθμός δημοσιεύσεων που αφορά την κλινική εμπειρία περιπτώσεων εγκυμοσύνης μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam. Γυναίκες που εγκυμονούν μετά από τέτοιες επεμβάσεις, διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών που δυνατόν να επηρεάσουν την ενδομήτρια ανάπτυξη και το καλώς έχειν των εμβρύων, αλλά και την ομαλή λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, καθώς επίσης και του χειρουργικού αποτελέσματος.

Ενδείξεις διενέργειας κυστεοπλαστικής κατά Clam αποτελούν:

- 1) νευρογενής διαταραχή της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης (παθήσεις του νωτιαίου μυελού, υπερανακλαστικότητα της ουροδόχου κύστης, πολλαπλή σκλήρυνση, κακώσεις του νωτιαίου μυελού, αγενεσία του ιερού, εγκεφαλική παράλυση ή και ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων στην πύελο,
- 2) χρόνιες φλεγμονώδεις νόσοι της ουροδόχου κύστης (διάμεση κυστίτιδα),
- 3) ινώδης ουροδόχος κύστη που δημιουργείται μετά ακτινοθεραπεία για κακοήθεις παθήσεις της πυέλου),
- 4) ιδιοπαθής ακράτεια ούρων από έπειξη μη ανταποκρινόμενη σε θεραπείες,
- 5) νυκτερινή ενούρηση μη ανταποκρινόμενη σε θεραπείες¹.

Κατά την κυστεοπλαστική κατά Clam, επιχειρείται η χειρουργική αύξηση του όγκου της ουροδόχου κύστης με τη διάνοιξη του τοιχώματος της κύστης και τη συρραφή στα όρια του τραύματος, μεταφέροντας τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, ώστε τελικά να δημιουργηθεί ένα κοίλο όργανο με αυξημένη χωρητικότητα. Αναφορικά με το ιδανικό υλικό για τη διενέργεια της κυστεοπλαστικής, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών. Το τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα που χρησιμοποιείται θα πρέπει να είναι επιδεκτικό στους χειρουργικούς χειρισμούς και στην αλλαγή σχήματος που πρόκειται να υποστεί, να έχει την ικανότητα να διατείνεται διατηρώντας χαμηλή την πίεση του και χωρίς να παρουσιάζει αυτόματες συσπάσεις. Επίσης, θα πρέπει να μην απορροφά ουσίες από τα ούρα και να μην έχει δικές του εκκρίσεις, καθώς επίσης και βλέννα². Οι περισσότεροι ουρολόγοι χρησιμοποιούν τμήμα του

εντέρου για τη διενέργεια κυστεοπλαστικής, ενώ είναι ζήτημα μάλλον προσωπικής προτίμησης του κάθε χειρουργού ποια μοίρα του εντέρου θα χρησιμοποιηθεί, καθώς φαίνεται πως δεν υπάρχει σαφές πλεονέκτημα του ενός τμήματος του εντέρου έναντι του άλλου¹.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση του μαιευτικού, νεογνολογικού και ουρολογικού αποτελέσματος από γυναίκες που κυφοφόρησαν και ολοκλήρωσαν την εγκυμοσύνη τους μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών. Κριτήρια εισόδου για να συμπεριληφθεί μία ασθενής στη μελέτη αυτή ήταν: 1) ιστορικό σύλληψης μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam, 2) φυσιολογικές τιμές ουρίας και κρεατινίνης ορού κατά την έναρξη της κύησης, 3) αρνητικές καλλιέργειες ούρων κατά την έναρξη της κύησης και 4) συνεχής παρακολούθηση τουλάχιστον άπαξ μηνιαίως από μαιευτήρα και ουρολόγο.

Η παρακολούθηση των ασθενών αυτών συνίστατο:

- 1) στη μηνιαία μαιευτική εξέταση (ακρόαση εμβρυϊκών παλμών, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, παρακολούθηση της αύξησης σωματικού βάρους των γυναικών, αντιμετώπιση προβλημάτων που ανακύπτουν κατά την πορεία της κύησης και σχετίζονται με την κύηση),
- 2) στη μηνιαία γενική εξέταση και καλλιέργεια ούρων,
- 3) στη διενέργεια εμβρυϊκού υπερηχογραφήματος στη 12^η εβδομάδα (αυχενική διαφάνεια), στην 22^η εβδομάδα (λεπτομερές υπερηχογράφημα της ανατομίας του εμβρύου) και στην 32^η εβδομάδα (υπερηχογράφημα ανάπτυξης και Doppler του εμβρύου),
- 4) υπερηχογραφικός έλεγχος των νεφρών προς διερεύνηση τυχόν διάτασης ή άλλων μορφολογικών ανωμαλιών στην αρχή της κύησης και μετά τον τοκετό,
- 5) μέτρηση της ουρίας και κρεατινίνης πλάσματος μετά τον τοκετό προς αποκλεισμό επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας κατά την κύηση.

Οι φάκελοι των γυναικών αυτών ανασύρθηκαν από το αρχείο και καταγράφηκαν 1) οι περιπτώσεις πρόωρου τοκετού, 2) η εμφάνιση ουρολοίμωξης, με ή χωρίς πυρετό, 3) οι περιπτώσεις απόφραξης των ουροφόρων

Πίνακας 2. Μαιευτικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις κύησης μετά από κυστεοπλαστική κατά Clam

Μέσο βάρος γέννησης νεογνών	2750gr
Κολπικός τοκετός	5/11 (45.5%)
Αυτόματος	3/11 (33.3%)
Σικουιλκία	2/11 (22.2%)
Καισαρική τομή	6/11 (54.5%)
Νεογνολογικές επιπλοκές	0

οδών καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισης τους και 4) οι περιπτώσεις απόφραξης του εντέρου και ο τρόπος αντιμετώπισης αυτών.

Η συγκέντρωση των στοιχείων των ασθενών έγιναν με τη βοήθεια του Microsoft EXCEL for Windows, ενώ η περιγραφική στατιστική των δεδομένων ολοκληρώθηκε με τη βοήθεια του πακέτου SPSS for Windows 10.0.

Αποτελέσματα

Μελετήθηκαν 11 γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε κυστεοπλαστική κατά Clam σε μέση ηλικία 9,5 έτη και μέση ηλικία τοκετού 26,3 έτη. Οι έξι από τις ασθενείς αυτές είχαν υποβληθεί σε χειρουργική αύξηση της ουροδόχου κύστης με τμήμα σιγμοειδούς, ενώ οι υπόλοιπες πέντε με τμήμα από τον τελικό ειλεό και το τυφλό. Όλες οι ασθενείς πραγματοποιούσαν διαλείποντες καθετηριασμούς (CISC, Clean Intermittent Self Catheterisation), γεγονός που συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια της κύησης.

Σε όλες τις ασθενείς παρατηρήθηκε ασυμπτωματική μικροβιουρία, η οποία και αντιμετωπίστηκε με βάση τις καλλιέργειες και τα αντιβιογράμματα, ενώ 5 γυναίκες (45,5%) παρουσίασαν συμπτωματική ουρολοίμωξη χωρίς πυρετό, η οποία και αντιμετωπίστηκε ανάλογα. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις απόφραξης των ουροφόρων οδών καθώς και αποφράξεις του εντέρου. Σε καμία περίπτωση δεν απαιτήθηκε η διενέργεια νεφροστομίας. Επίσης, σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας.

Σε τέσσερις περιπτώσεις (36,4%) παρουσιάστηκαν μαιευτικές επιπλοκές. Σε δύο γυναίκες παρατηρήθηκε πρόωρη έναρξη συσπάσεων μήτρας (18,2%), σε μία περίπτωση υπήρξε αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων πριν από τον τοκετό (9,1%), ενώ σε μία περίπτωση η εγκυμοσύνη επεπλάκη με την εμφάνιση προεκλαμψίας (9,1%) (Πίνακας 1).

Ο τοκετός πραγματοποιήθηκε σε 5 περιπτώσεις κολπικά (45,5%) και σε 6 με καισαρική τομή (54,5%). Από τις περιπτώσεις του κολπικού τοκετού, δύο περιπτώσεις διενεργήθηκε σικουιλκία (22,2%), ενώ σε άλλες τρεις περιπτώσεις έγινε αυτόματος κολπικός τοκετός (33,3%) (Πίνακας 2). Όλες οι καισαρικές τομές έγιναν εξαιτίας

μαιευτικών ενδείξεων: σε 2 περιπτώσεις υπήρξε εμβρυϊκή δυσπραγία, σε 2 περιπτώσεις παρατεταμένη εξέλιξη του τοκετού, σε μία περίπτωση λόγω προεκλαμψίας και σε μία περίπτωση έγινε προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής. Κατά την καισαρική τομή, σε τρεις περιπτώσεις χορηγήθηκε γενική ενδοτραχειακή αναισθησία, ενώ σε άλλες τρεις επισκληρίδιος. Σε όλες τις καισαρικές τομές παρευρισκόταν ουρολόγος. Σε δύο περιπτώσεις κρίθηκε σκόπιμο να λυθεί η κυστεοπλαστική, προκειμένου να γίνει ο τοκετός, και ακολούθησε αποκατάσταση της κυστεοπλαστικής μετά τη συρραφή της μήτρας χωρίς να παρουσιαστούν επιπλοκές.

Η μέση ηλικία κύησης κατά τη γέννηση ήταν 37 εβδομάδες και το μέσο βάρος νεογνών κατά τη γέννηση ήταν 2750gr. Όλα τα νεογνά μετά την αρχική ανάνηψη παρουσίασαν φυσιολογική πορεία. Σε κανένα από τα νεογνά δεν παρατηρήθηκε ανατομική δυσπλασία. Σε όλες τις περιπτώσεις της παρούσας μελέτης η περίοδος της λοχείας υπήρξε ομαλή και χωρίς επιπλοκές.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κύηση μετά επανορθωτική κυστεοπλαστική κατά Clam παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες που χρήζουν της διαρκούς προσοχής των θεράποντων ιατρών. Η παρακολούθηση της κύησης οφείλει να γίνεται από ομάδα ιατρών που να αποτελείται από το μαιευτήρα, τον ουρολόγο και τον νεφρολόγο στις περιπτώσεις διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας³. Η αρχική επιβεβαίωση της κύησης θα πρέπει να γίνεται με προσδιορισμό β-hCG ορού, διότι τα τεστ κύησης που βασίζονται στην ανίχνευση της ορμόνης στα ούρα εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψευδών θετικών αποτελεσμάτων, λόγω της διασταυρούμενης αντίδρασης μεταξύ της βλέννας που παράγεται από το τμήμα του εντέρου που έχει χρησιμοποιηθεί στην κυστεοπλαστική και τα αντιδραστήρια⁴. Η φροντίδα της γυναίκας ξεκινά πριν ακόμη από τη σύλληψη με σαφείς οδηγίες πάνω σε θέματα γονιμότητας, προγεννητικού ελέγχου, καθώς και προσδιορισμού του ιδανικού χρόνου της έναρξης της προσπάθειας για σύλληψη σε σχέση με τη λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος, καθώς θα πρέπει τόσο η νεφρική λειτουργία

να είναι σε φυσιολογικά επίπεδα, όσο και τα ούρα να είναι στείρα μικροβίων. Σε ό,τι αφορά την ουρολογική φροντίδα πριν από τη σύλληψη και κατά το 1^ο τρίμηνο της κύησης, ο ιατρός οφείλει να ελέγξει υπερηχογραφικά τη μορφολογία των νεφρών, τη λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος (βιοχημικό έλεγχο), αλλά και να αποκλείσει την παρουσία ουρολοίμωξης. Ο γυναικολόγος καλείται να παρακολουθήσει την ομαλή ανάπτυξη του εμβρύου και να προχωρήσει στον τυπικό κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο του 1^{ου} τριμήνου, καθώς και στην αναζήτηση των δεικτών 1^{ου} τριμήνου μεταξύ 11^{ης} και 14^{ης} εβδομάδας κύησης για τυχόν χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου (μέτρηση αυχενικής διαφάνειας και παρουσία ρινικού οστού, καθώς και τον καθιερωμένο ορμονικό έλεγχο 1^{ου} τριμήνου με PAPP-A και χοριακή γοναδοτροπίνη ορού).

Η συνέχεια της παρακολούθησης της κύησης γίνεται με σκοπό την επιβεβαίωση της καλής κατάστασης του εμβρύου σε κάθε επίσκεψη, τον αποκλεισμό τυχόν επιπλοκών της εγκυμοσύνης και επιπλοκών από την κυστεοπλαστική. Οι κυήσεις μετά κυστεοπλαστική φαίνεται ότι οδηγούνται συχνότερα σε πρόωρο τοκετό. Επίσης, ιδιαίτερες παθολογικές καταστάσεις, όπως η υπερτασική νόσος της κύησης και ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης, φαίνεται πως παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα σε σύγκριση με τις κυήσεις χαμηλού κινδύνου. Ο μαιευτήρας επιβάλλεται να είναι σε θέση να διαγνώσει έγκαιρα τις ενδεχόμενες επιπλοκές.

Η αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της εγκυμοσύνης γίνεται κατά τον ενδεδειγμένο τρόπο, ενώ εάν συμβεί έναρξη πρόωρου τοκετού, θα πρέπει να ενημερωθεί ο θεράπων ουρολόγος και ο τοκετός να πραγματοποιηθεί σε κέντρο που να διαθέτει μονάδα εντατικής παρακολούθησης νεογνών. Δεν υπάρχουν εργασίες που να τεκμηριώνουν την προφυλακτική χορήγηση κορτικοστεροειδών υπό μορφή ρουτίνας σε ηλικίες κύησης μικρότερες των 34 εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια της κύησης, ο ουρολόγος οφείλει να εκτιμά το ενδεχόμενο ύπαρξης των συννηθέστερων επιπλοκών από το ουροποιητικό σύστημα. Στην πλειοψηφία των κυήσεων, μετά κυστεοπλαστική κατά Clam παρατηρείται ασυμπτωματική μικροβιουρία, ενώ κατά κανόνα τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της κύησης η γυναίκα θα παρουσιάσει συμπτωματική ουρολοίμωξη. Αυτό είναι αποτέλεσμα α) της ενσωμάτωσης τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα στις κατώτερες ουροφόρους οδούς και β) στα υψηλά ποσοστά επανειλημμένων καθετηριασμών που πραγματοποιούνται σε αυτές τις γυναίκες⁵. Η χορήγηση των αντιβιοτικών πραγματοποιείται με βάση τα αποτελέσματα της καλλιέργειας ούρων και του αντιβιογράμματος. Άλλες επιπλοκές που είναι δυνατό να παρουσιαστούν είναι η απόφραξη των ουροφόρων οδών, η διάταση της νεφρικής πυέλου, η απόφραξη του

εντέρου, καθώς και η ακράτεια ούρων από υπερδραστηριότητα του εξωστήρα ή ακράτεια ούρων στην προσπάθεια. Το ποσοστό εμφάνισης των επιπλοκών αυτών στις έγκυες μετά κυστεοπλαστική φτάνει το 10%, ποσοστό πολύ υψηλότερο σε σύγκριση με εγκύους χαμηλού κινδύνου όπου το ποσοστό είναι περίπου 1%⁶. Στις περιπτώσεις εντερικής απόφραξης, ζητείται η συνδρομή γενικού χειρουργού και ο κανόνας είναι η προσπάθεια συντηρητικής λύσης του ειλεού με έλεγχο και ρύθμιση των ηλεκτρολυτών.

Ο τρόπος τοκετού των εγκύων μετά κυστεοπλαστική κατά Clam οφείλει να εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση και να λαμβάνεται η σύμφωνη γνώμη της γυναίκας. Η ευθύνη για τη διατήρηση της λειτουργικότητας μίας επιτυχημένης πριν από τον τοκετό κυστεοπλαστικής ανατίθεται τους θεράποντες ιατρούς αλλά και οι ίδιες οι γυναίκες, δεδομένης της έγκυρης πληροφόρησής τους, λαμβάνουν ενεργό συμμετοχή στη λήψη των σχετικών αποφάσεων³.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει η γυναίκα να υποστηρίζεται από τη μαία, το μαιευτήρα, τον ουρολόγο, τον αναισθησιολόγο και συνίσταται ο τοκετός να γίνεται σε μαιευτήριο όπου υπάρχει κάλυψη από νεογνολογική μονάδα. Η καισαρική τομή θα επιλεγεί με βάση τις μαιευτικές ενδείξεις. Στη σειρά ασθενών της παρούσας μελέτης, υπήρξε ένα υψηλότερο ποσοστό επείγουσας καισαρικής τομής, αφού προγραμματισμένη καισαρική τομή έγινε σε δύο περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες τέσσερις έγινε προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό. Είναι γεγονός, πως στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μικρότερα ποσοστά διενέργειας καισαρικής τομής. Η μαιευτική αναλγησία μπορεί να συμπληρωθεί με επισκληρίδιο περιτομική αναισθησία, ενώ για τη διεκπεραίωση του τοκετού μπορεί να χρησιμοποιηθεί σικουλικός ή εμβρυοσυλικός εφόσον υπάρχουν οι σχετικές μαιευτικές ενδείξεις. Στις περιπτώσεις που η διενέργεια καισαρικής τομής κρίνεται επιβεβλημένη, αυτή γίνεται παρουσία ουρολόγου. Ανάλογα με την περίπτωση, η εκμαίευση του νεογνού θα γίνει με ή χωρίς λύση της κυστεοπλαστικής. Στη πρώτη περίπτωση, ο ουρολόγος θα αποκαταστήσει την κυστεοπλαστική στην προτεραιότητα κατάσταση. Εάν συμβεί διεγχειρητική κάκωση της ουροδόχου κύστης, θα πρέπει να γίνει προσεκτική επισκόπηση της νεοκύστης με ενδοκυστική έγχυση κυανού του μεθυλενίου και παρακολούθηση για τυχόν διαφυγή ούρων. Τα τραύματα της νεοκύστης συρράπτονται με απορροφήσιμα ράμματα και ακολουθεί μόνιμος καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης για τουλάχιστον δέκα ημέρες⁷. Σε περίπτωση διαταραχής της αιμάτωσης της νεοκύστης, η ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για σημεία ισχαιμίας της κύστης προς αποφυγή νέκρωσής⁸. Η διάρκεια της νοσηλείας σαφώς ποικίλλει ανάλογα με το είδος του τοκετού, το μέγεθος της ιατρικής

παρέμβασης και το βαθμό διατάραξης της νεφρικής λειτουργίας και της ούρησης μετά τον τοκετό.

Το νεογνό αρχικά θα παραμείνει στη μονάδα παρακολούθησης νεογνών όπου μετά την αρχική φροντίδα θα αντιμετωπιστεί κατά το συνήθη τρόπο. Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στην έγκαιρη διάγνωση τυχόν νεογνικών λοιμώξεων, που συνοδεύουν την ομάδα των νεογνών των γυναικών αυτών σε μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι συνήθως.

Σημασία έχει να τονιστεί η γνώση που υπάρχει σήμερα στη βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση της κύησης στη νεφρική λειτουργία των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε κυστεοπλαστική κατά Clam. Φαίνεται πως η εγκυμοσύνη μετά κυστεοπλαστική κατά Clam ενέχει υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης ουρολοιμώξεων και προωρότητας. Η στενή προγεννητική παρακολούθηση και η συνεχής συνεργασία μεταξύ ουρολόγων και μαιευτήρων είναι απαραίτητες, προκειμένου να υπάρξει το καλύτερο μαιευτικό και νεογνολογικό αποτέλεσμα.

Summary

Mikos T, Ioannidis E, Chatzimouratidis K, Stamatopoulos Ch, Stamatopoulos P, Tarlatzis B.

*Pregnancy after bladder augmentation—A case series
Helen Obstet Gynecol 21(1): ???-???, 2009*

Objective: Bladder augmentation is a procedure performed with increasing frequency. The aim of this study is to present the maternal, neonatal and urological clinical outcomes from women who got pregnant and delivered after bladder augmentation.

Patients and methods: Retrospective case series. Files from pregnant women who had bladder augmentation were reviewed and the following complications were recorded: prematurity, urinary tract infection (UTI), urinary obstruction and intestinal obstruction.

Results. Eleven women were found to fulfil the inclusion criteria (mean age at reconstructive surgery: 9.5-years-old, mean age at delivery 26.3-years-old). Six of them had clam cystoplasty and the rest had ileocecal sigmoid cystoplasty. Five women (45.4%) had at least one episode of complicated UTI during pregnancy. There were no cases of urinary obstruction or intestinal obstruction. Five women delivered vaginally (3

spontaneous vaginal deliveries, 2 ventouse deliveries) and the remaining six were delivered by caesarean section. Four of them (36.3%) delivered prematurely (1 pre-eclampsia, 1 premature prelabour rupture of membranes, 2 preterm labours). Mean birthweight was 2750 gr. All newborns were discharged without further complications and puerperium was uneventful in all patients. No women were found to have renal function impairment postpartum.

Conclusion: Pregnancy after bladder augmentation encloses higher risk for infection and prematurity. Close antenatal surveillance and constant co-operation between urologists and gynecologists is warranted in order to achieve optimum maternal and fetal outcome.

Key words: bladder augmentation, pregnancy, pre-eclampsia, maternal complications, urinary tract infections.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Greenwell TJ, Venn SN, Mundy AR. Augmentation cystoplasty. *BJU Int* 2001; 88: 511-525.
2. Duel BP, Gonzales R, Barthold SJ. Alternative techniques for augmentation cystoplasty. *J Urol* 1998; 159: 998-1005.
3. Greenwell TJ, Venn SN, Creighton S, Leaver RB, Woodhouse CR. Pregnancy after lower urinary tract reconstruction for congenital abnormalities. *BJU Int* 2003; 92(7): 773-7.
4. Nethercliffe J, Trewick A, Samuel C, Leaver R, Woodhouse CRJ. False positive pregnancy tests in patients with enterocystoplasties. *BJU Int* 2001; 87: 780-782.
5. Barrett RJ, Peters WA. Pregnancy following urinary diversion. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 582-586.
6. Tomezsko JE, Sand PK. Pregnancy and intercurrent diseases of the urogenital tract. *Clinics Perinatol* 1997; 24: 343-368.
7. Hill DE, Kramer SA. Management of pregnancy after augmentation cystoplasty. *J Urol* 1990; 144: 457-459.
8. Kearse WS, St Clair SR, Hixson CJ, Ritchey ML. Functional characteristics of enterocystoplasty after interruption of the mesenteric blood supply. *J Urol* 1993; 150: 593-596.