

Poporodně u jedné pacientky s MMK byla nutná incize uzavřeného vchodu do apendikove-zikostomie. U pacientky s exstrofií měchýře s těžkou formou preeklampsie byla řešena v krátkém odstupu po porodu litiáza zformována během těhotenství v neovezice. U těžké pacientky po roce provedena pravostranná adnexotomie pro zralý cystický teratom. U dvou pacientek s exstrofií měchýře s progresí ledvinného selhávání v průběhu gravidity až na stupeň IV se po porodu CKD stabilizovala na stupeň III.

V tabulce 3 je souhrnně uveden stav stomatu po graviditě, nález urolitiáza v neovezice po graviditě, CKD (před/během/po) graviditě, jiné nutné operace po porodu, stav novorozence, přítomnost VVV.

DISKUZE

Vyvození obecných závěrů z našeho malého souboru není možné. Nicméně cílem péče o těhotné pacientky po korekční operaci DMC je jednak udržení stabilizovaného zdravotního stavu (zejména funkčnosti rekonstruovaného měchýře a ledvin), jednak porod zdravého novorozence. Naše pozorování a výsledky jsou v obecné korelaci s literárními údaji. Zdá se, že těhotenství u těchto pacientek po rekonstrukcích DMC nemá zásadní vliv na trvalé zhoršení ledvinných funkcí a nevede k negativním změnám stavu ve funkci rekonstruovaných DMC (1, 2). Problémy lze rozdělit dle charakteru potíží a nutnosti řešení na urologické, nefrologické, porodnické a neonatologické.

Průkaz těhotenství u enterocystoplastik by měl být na podkladě serologickým vyšetřením hladiny hCG. Vyšetření z moči mohou být falešně pozitivní vlivem vysokého obsahu hlenu ve střevem augmentované vezice (3).

Nejčastější urologickou komplikací, objevující se u gravidních pacientek po rekonstrukcích DMC, je přechodná obstrukce horních močových cest se sklonem k rozvoji infekcí dolních, ale i horních cest močových (viz dále). Pouhé nasazení antibiotické léčby nemusí být dostatečné. Tyto stavy mohou být indikací k akutní urologické intervenci, zajišťující dobrou derivaci močových cest (4, 5).

V našem souboru tomu tak bylo u jedné těhotné pacientky s exstrofií měchýře, kde si progresí dilatace HMC v kombinaci s infekcí vynutila založení dočasné pND. Dle našeho pozorování u této pacientky i pouhé zavedení permanentní derivace augmentované veziky cévkou může stav derivace HMC významně vylepšit. Významně horší prognózu v našem souboru stran obstrukce a současné infekce HMC měly nemocné po rekonstrukci DMC na podkladě exstrofie měchýře. Toto koreluje s literárními údaji (6).

Jinou urologickou problematiku gravidity u těchto nemocných představuje zhoršení až s nemožností provádění ČIK založeným stomatem (Mitrofanoff, Monti). Problémy s cévkováním se uvádí v literatuře spíše u vyústění v pravém hypogastriu, než do pupku (6). Stav jde obvykle na vrub fyziologicky se zvětšující děloze s růstem plodu. Tyto problémy jsme pozorovali u dvou našich nemocných. Cévkování přes stoma bylo s postupem gravidity jednou významně obtížné, jednou zcela nemožné. U obou šlo primárně o augmentaci sekundárně NMM u MMK ileálním segmentem s využitím apendixu jako cévkovací stoma technikou dle Mitrofanoffa. Obě nemocné byly schopny provádět ČIK cestou uretry a neohrdla. Nebylo nutno zavádět punkční derivaci do augmentované neoveziky. U jedné z těchto pacientek bylo nutno po graviditě provést incizi fibroepiteliální membrány. Stoma u této pacientky bylo umístěno do pupku. U druhé pacientky bylo stoma v pravém hypogastriu, po porodu se opět volně cévkovala cestou stomatu. U obou nemocných s exstrofií měchýře problém s ČIK nebyl. Stomata byla u obou vyvedena v pravém hypogastriu. Důvodem trvalé možnosti cévkování se stomatem mohla být významně nižší doba gravidity v době indukce porodu.

Nefrologické problémy s progresí poruchy ledvinné funkce jsme pozorovali u dvou pacientek. Obě byly s primární diagnózou exstrofie měchýře. Jedna měla již delší dobu od provedené augmentace projevy CKD stupně III. Ledvinné selhávání se v graviditě vlivem progresivní obstrukce s následky infektu zhoršilo na stupeň IV a vyžádalo si založení derivace pND při současně zavedeném PK stomatem. Po ukon-