

Magzati életben diagnosztizált és kezelt hydronephrosis

PETRÓCZI ISTVÁN DR.¹, HAJDU KRISZTINA DR.²,
INTÓDY ZSOLT DR.², VEREBÉLY TIBOR DR.³

A Fővárosi Önkormányzat Csepeli „Baba-barát” Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya (főorvos: Bagdány Sándor dr.)¹, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Doszpod József dr., egyetemi tanár)², a SOTE I. számú Gyermekklinika (igazgató: Tulassay Tivadar egyetemi tanár)³ közleménye

Kulcsszavak: intrauterin hydronephrosis, ultrahang vizsgálat, prenatális invazív beavatkozás

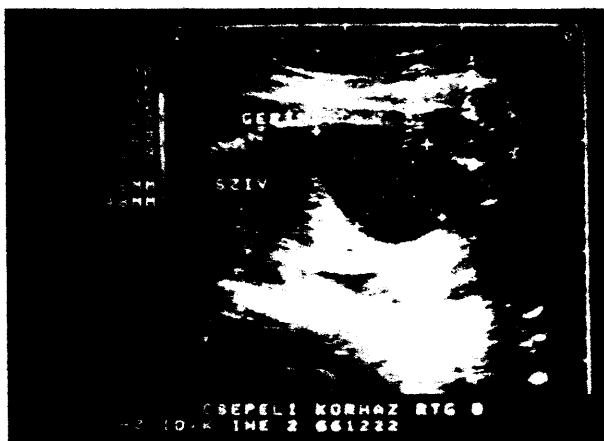
Az urogenitális apparatus eltérései a leggyakoribb veleszületett fejlődési rendellenességek közé tartoznak [14]. A monogénesen öröklődő polycystás és a szórványosan előforduló multicystás vesék mellett gyakran találkozunk az uropoetikus rendszer különböző obstrukciós elváltozásaival. A magzati ultrahang-diagnosztika fejlődése tette lehetővé, hogy egyre több következményes pangással járó rendellenességet észlelünk a magzati életben. Ez azért jelentős, mert az eltérések korai diagnosztikája és kezelése lehetővé teszi a visszatérő húgyúti infekciók, a hypertonia és a fiatalkori veseelégtelenség számának csökkentését [2]. Régi esetünk ismertetését a betegség sikeres lefolyása és a mai kezelési álláspont összehasonlítása miatt tartjuk szükségesnek.

Esetismertetés

K.I.-né 22 éves primigravidánál az addig eseménytelen terhesség 21. hetében, 1988-ban találtunk ultrahangvizsgálattal a rekesz alatti folyadékkal telt egyrekeszes képletet a magzat hasüregében. A 25. héten végzett kontrollvizsgálatkor a képlet nagyfokú növekedését észleltük, legnagyobb átmérője 60 mm-es volt (1. ábra), ezért a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem

(akkor Orvostovábbképző Intézet) Szülészeti Klinikájára küldtük a beteget konzíliumra, és ellátásra. Itt a cystikus képletet nagy valószínűséggel nagyfokú jobb oldali hydronephrosissnak vagy jobb oldali soliter vesecystának tartottuk. A bal oldali vese morfológiailag épnek tűnt, és a húgyhólyag teltsége, a magzatvíz normális mennyisége a veseműködés intaktága mellett szólt. A szoros, hetente végzett ultrahangkontroll viszont a magzatvíz mennyiségének gyors és a folyadékkal telt képlet további növekedését (80 mm) mutatta. Abból a feltételezésből kiindulva, hogy a polyhydramnion oka a jobb vese eltérése, és a magzatvíz felszaporodása koraszüléshez, valamint, hogy a feszülés alatt álló képlet esetleg tüdőhypoplasiához vezethet, a képlet punkcióját határoztuk el gyermeksebészeti konzílium után. A 30. terhességi héten lokálanaesthesiában, folyamatos ultrahangkontroll mellett végzett punkció során 200 ml, majd a képlet feltelődése miatt a 32. héten végzett ismételt szúrás során 300 ml víztiszta folyadékot szívtunk le. A bennék laboratóriumi vizsgálata során 6,1 g/l fehérjét mutattak ki, az üledéket vörösvérsejtek fedték, a baktériumtenyésztés mindkét ízben negatív volt. Ettől kezdve a magzatvíz mennyisége fokozatosan csökkent, a jobb oldali képlet nem telődött újra, terminusközelben legnagyobb átmérője 30 mm-es volt. A terhes a betöltött 40. terhességi héten a Csepeli Kórház szülészeten szült, ahol primer fájásgyengeség, relatív téraránytalanság miatt császárr-

metszést végeztünk. A 3850 grammos fiú jó általános állapotban, 8/10-es Apgar statusszal született, hasa beesett, bőre laza volt, a punkciók helye nem látszott. A SOTE I. sz. Gyermekklinikájára helyeztük, ahol kivizsgálása során ultrahanggal jobb oldalon 50 mm-es hydronephrosist mutattunk ki, és a vesecintigraphia ezen az oldalon veseműködést nem igazolt. Ezért az újszülött életének 23. napján jobb oldali nephrectomiát végeztünk. A kórbonctani vizsgálat ureter agenéziát, és 40 mm átmérőjű hydronephrosist írt le, minimális veseszövettel. Az újszülött a műtétet jól tűrte, zavartalan posztoperatív szak után vitték otthonába. Jelenleg 8 éves, normális vesefunkciója van, kontrollon kívül egyéb orvosi ellátást nem igényel.



1. ábra A magzati hydronephrosis ultrahangos képe

Megbeszélés

A folyadékkal telt képletek ultrahangos vizualizációjának lehetősége új távlatokat nyitott a magzati fejlődési rendellenességek diagnosztikájában is [1, 5, 11, 13]. A diagnózis felállítására prenatálisan az ultrahangvizsgálaton kívül gyakorlatilag nincs más lehetőség: a vesefunkció megítélésére noninvaszív módon csak a magzatvíz mennyisége nyújt lehetőséget. Invaszív vizsgálattal lehet csak további információhoz jutni: részint a leszívott képlet újratelődésének a dinamikájából, részint a nyert anyag laboratóriumi vizsgálatából [3]. Az invazív vizsgálatoknak ugyanakkor ismert szövődményei vannak: vetélés, koraszülés, fertőzés, sikertelenség. Így nemcsak a szülésznek, hanem a további ellátásban részt vevő neonatológusnak, gyermeksebésznek, nephrológusnak a szoros együttműködése határozza meg az adott magzat ellátásának a stratégiáját [8, 10, 12]. Komoly mérlegelést igényel egy, a magzati életben felismert obstrukciós urogenitális rendellenesség ellátása. Általános alapelvek a következők:

1. Normális mennyiségű magzatvízzel járó, izolált rendellenességek a fokozott ultrahangkontrollon kívül invazív prenatális teendőt nem igényelnek a kromoszóma rendellenességek kizárásán kívül [14, 15], tekintettel a nagy valószínűséggel normális veseműködésre. Ilyen esetekben az újszülött kivizsgálása javasolt.

2. Oligohydramnionhoz vezető, kétoldali pangással járó folyamatok a terhességi kortól függően a terhesség megszakításának koraszülés indukciónak (a megfelelő időben történő sebészi beavatkozásnak megadva a lehetőséget), esetleg a magzat éretlensége, és a diagnózis késői felállítása miatt a méhen belüli műtét elvégzésének lehetnek javallatai. A prenatális invazív beavatkozásoknak azon ritka esetekben van létjogosultságuk, ha az adott vesékben a pangás átmeneti csökkentésével, az újszülött várhatóan jobb állapotban, érettebben születik meg, jobb eshetőséggel a sebészi korrekcióra, ugyanakkor a veseműködés progresszív károsodása kivédhető [7].

3. Polyhydramnion esetében az invazív beavatkozás indikációja a vetélés, koraszülés elkerülése, valamint a magzati vizeletből elvégezhető laboratóriumi vizsgálatok informatív jellege lehet [3]. Esetünket azért tartjuk ismertetésre érdemesnek, mert a magzat hydronephrosisa olyan méretű fetális hasi feszülést és polyhydramniont okozott, hogy prenatálisan invazív beavatkozásra kényszerültünk a koraszülés elkerülése miatt. Bár ez sikerült, a magzat jobb veséjét nem tudtuk megmenteni, ez felveti az esetleges prenatális kezelés, shunt beültetés létjogosultságát [7, 10]. Az újszülött terminusban született, jó állapotban, a szükséges műtéti beavatkozást jól tűrte, és ahhoz, hogy most egészséges gyermek, nagy valószínűséggel hozzájárult a prenatális kezelés. Az obstruktiiv uropathiás magzatok prenatális ellátása során nagyon fontos a hozzáértő csoportmunka: az alapellátás, a progresszív szülészeti, a neonatológiai és a gyermeksebészeti szakértő szoros együttműködése.

Irodalom

- [1] Kis É, Verebely T, Mátyus I, Balogh L. Az ureter-tágulat diagnosztikája újszülöttkorban. *Gyermekgyógyászat* 1992; 43:98–103.
- [2] Nicolini U, Ferrazzi E, Kusterman A, et al. Perinatal management of fetal hydronephrosis with normal bladder. *J Perinat Med* 1987; 15:53.
- [3] Lipitz S, Ryan G, Samuell C, et al. Fetal urine analysis for the assessment of renal function in obstructive uropathy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:174–8.
- [4] Barker AP, Cave MM, Thomas DJ, et al. Fetal pelvi-ureteric junction obstruction: predictors of outcome. *Br J Urol* 1995; 76:649–52.
- [5] Gloor JM, Ogburn PL Jr, Breckler RJ, et al. Urinary tract anomalies detected by prenatal ultrasound exami-

- nation at Mayo Clinic Rochester (see comments). *Mayo Clin Proc* 1995; 70:526–31.
- [6] Gloor JM. Management of prenatally detected fetal hydronephrosis (see comments). *Mayo Clin Proc* 1995; 70:145–52.
- [7] Johnson MP, Bukowski TP, Reitleman C, Isada NB, Pryde PG, Evans MI. In utero surgical treatment of fetal obstructive uropathy: a new comprehensive approach to identify appropriate candidates for vesicoamniotic shunt therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1770–6.
- [8] Nonomura K, Yamashita T, Kanagawa K, et al. Management and outcome of antenatally diagnosed hydronephrosis. *Int J Urol* 1994; 1:121–8.
- [9] Tam JC, Hodson EM, Choong KK, et al. Postnatal diagnosis and outcome of urinary tract abnormalities detected by antenatal ultrasound. *Med J Aust* 1994; 160:633–7.
- [10] Gordon I, Dhillon HK, Gatanash H, Peters AM. Antenatal diagnosis of pelvic hydronephrosis: assessment of renal function and drainage as a guide to management. *J Nucl Med* 1991; 32:1649–54.
- [11] Corteville JE, Gray DL, Crane JP. Congenital hydronephrosis: correlation of fetal ultrasonographic findings with infant outcome (see comments). *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:384–8.
- [12] RAnsley PG, Dhillon HK, Gordon I, et al. The postnatal management of hydronephrosis diagnosed by prenatal ultrasound. *J Urol* 1990; 144:584–7.
- [13] Rosendahl H. Ultrasound screening for fetal urinary tract malformations: a prospective study in general population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 36:27–33.
- [14] Tulassay T. Cystikus veseelváltozások. In: Papp. Szülészeti genetika. *Medicina* 1995; 538–545.
- [15] Benacerraf BR, Mandell J, Estroff JA, Harlow BL, Frigoletto FD Jr. Fetal pyelectasis: a possible association with Down syndrome. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 58–60.

Petróczi I, Hajdu K, Intódy Zs, Verebély T.
Fetal hydronephrosis – diagnosed and treated during intrauterine life

Malformations affecting the urogenital tract are among the most commonly encountered congenital defects. With the widespread use of ultrasonography the number of prenatally diagnosed cases of pyelectasia have increased. Besides ultrasonography there are practically no other means of diagnosis during the intrauterine life. The authors present their successfully treated case where the fetal hydronephrosis resulted in such an extreme abdominal pressure and polyhydramnios that a prenatal invasive procedure was necessary in order to prevent a premature delivery. Though the procedure itself proved successful the right kidney of the fetus could not be spared. This case raises the question of legitimacy of prenatal therapy and shunt – implantation.

Key words: intrauterine hydronephrosis, ultrasound examination, prenatal invasive procedure

Közlésre leadva: 1996. november 20.

SZAKVIZSGA

1996. évben gyermeknőgyógyászatból eredményes szakvizsgát tettek:

dr. Barcza Ildikó	Szentendre
dr. Jakab Tamás	Szolnok
dr. Szóczei Beáta	Budapest

1996. évben szülészeti-nőgyógyászatból eredményes szakvizsgát tettek:

dr. Flores Alegria Ivan	Budapest
Teodoro Antonio	Budapest
dr. Fontányi Zoltán	Budapest
dr. Harsányi Lehel István	Budapest
dr. Koperdák Anna	Fehérgyarmat
dr. Kozma L. M. György	Békéscsaba

dr. Mohamed Issa	Budapest
dr. Ádám Zsolt	Budapest
dr. Bay Csaba	Pécs
dr. Horváth Szilárd	Orosháza
dr. Ibrahim Elrashed	Budapest
dr. Kancsó János	Orosháza
dr. Melczer Zsolt	Budapest
dr. Valent Sándor	Budapest
dr. Balogh Zoltán	Diósgyőr
dr. Boga Péter	Győr
dr. Domokos Tamás	Budapest
dr. Erdős Gábor	Salgótarján
dr. Farkas József	Diósgyőr
dr. Gejth Sauod	Budapest
dr. Marosi Gyula	Miskolc
dr. Nagy Károly	Kecskemét
dr. Szini István	Hessen
	(Németorsz.)