

STANOVENÍ INDIKAČNÍCH KRITÉRIÍ PRO OPERACI PRIMÁRNÍHO OBSTRUKČNÍHO MEGAURETERU

MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika FN v Olomouci



Úvod

Primární obstrukční megaureter (POM) je nadměrně široký močovod (nad 6-7 mm). Jeho dilatace je způsobena poruchou vývoje různě dlouhého iuxtavezikálního úseku močovodu, který není schopen efektivně přenášet peristaltické vlny a může způsobit urodynamicky závažnou obstrukci. Incidence POM je asi 0,4 na 1000 novorozenců, častěji jsou postiženi chlapci. Většina primárních obstrukčních megaureterů je zachycena jako dilatace dutého systému ledviny při prenatalním či postnatálním ultrazvukovém (UZ) vyšetření, menší část se projevuje klinickými příznaky – nejčastěji močovou infekcí (IMC). Asi 80% POM, které jsou zachyceny při screeningovém ultrazvukovém vyšetření, se během sledování upraví. Nejrizikovější období z hlediska poklesu funkce ledviny a vzniku močové infekce spojené s POM jsou první 2 roky života. Riziko komplikací je zvýšené u močovodu šíře nad 10 mm, močovody širší než 14 mm již mají malou šanci na spontánní úpravu. Operační řešení je podle současných doporučení indikováno u dětí s opakovanými febrilními močovými infekcemi, při vzniku litíazy nebo bolestech.

U asymptomatických dětí je operace indikována při progresi dilatace během ultrazvukového sledování a při poklesu relativní funkce ledviny pod 40 %, nebo o 5 % během radionuklidových kontrol či při jednoznačném průkazu obstrukce. V současnosti se hledají optimální indikační kritéria, která by efektivně stanovila způsob léčby.

Cíle

Vyhodnocení přínosu standardizovaného UZ vyšetření, MAG3 scintigrafie a klinického průběhu při stanovení léčebné strategie primárního obstrukčního megaureteru (POM).

Metodika

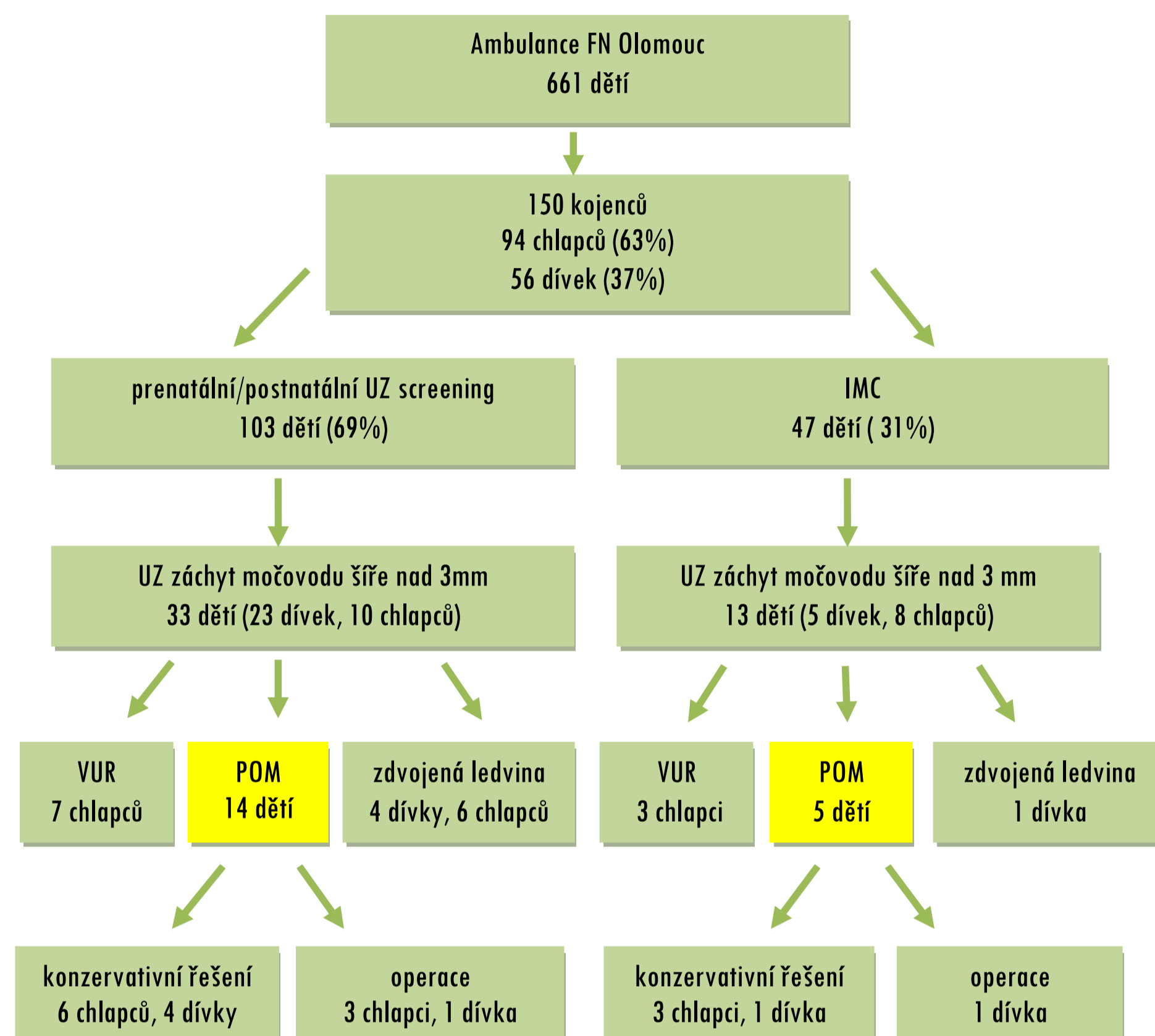
Byly posouzeny nálezy pacientů s hydronefrózou zachycenou při screeningovém UZ vyšetření nebo po prodělané akutní pyelonefritidě (APN) v kojeneckém věku s minimálním ročním sledováním pacientů. Byl vyhodnocen způsob záchytu vrozené vývojové vady, UZ parametry – délka ledviny, šířka parenchymu, průměr pánvičky, šíře močovodu a MAG3 scintigrafie – funkce ledviny, obstrukce ureterovezikální junktce. Všichni pacienti dostávali ATB profylaxi.

Výsledky

Ze 150 kojenců s hydronefrózou, byl u 19 prokázán POM léčený u 14 pacientů konzervativně, u 5 operačně. U konzervativně léčených pacientů byla u 10 pacientů vada zachycena při UZ screeningu (3 prenatalně, 7 postnatálně), u 4 pacientů na vadu upozornila ataka APN. Medián šíře parenchymu byl 8,5 mm, průměru pánvičky 6 mm a šíře močovodu 8,5 mm. Medián funkce ledviny byl 46 %, nebyla prokázána obstrukce. Během sledování pacienti neprodělali APN. V operované skupině dětí byla vada zachycena při UZ screeningu u 4 pacientů (1 prenatalně, 3 postnatálně), u jednoho pacienta byla prvním projevem APN. Medián šíře parenchymu byl 6 mm, průměru pánvičky 14 mm, šíře močovodu 12 mm. Medián funkce ledviny byl 48 %, u všech byla prokázána obstrukce. Přes ATB profylaxi proběhla u 4 pacientů před operací 1-2 ataky APN.

Závěr

UZ vyšetření je rozhodující při záchytu POM a při sledování morfologie vývoje ledviny. Hlavními indikačními kritérii pro stanovení operačního řešení byl výskyt APN, šíře močovodu dle UZ vyšetření a jasný průkaz obstrukce při MAG3 scintigrafii. Rizikové je rozšíření močovodu nad 10 mm. Děti byly operovány ještě před závažným poklesem funkce ledviny.



	OPERACE	KONZERVATIVNÍ ŘEŠENÍ
počet dětí	5 (4 chlapci, 1 dívka)	14 (10 chlapců, 4 dívky)
strana	4x levá ledvina 1x pravá ledvina	12x levá ledvina 2x pravá ledvina
délka ledviny s POM – větší o:	Ø 6,4mm; (2-11)	Ø 5,4mm; (0-19)
šířka parenchymu	Ø 4,8mm; (4-6) medián: 6mm	Ø 8mm; (3-12) medián: 8,5mm
příčný průměr pánvičky	Ø 14,3mm; (8-27) medián: 14mm	Ø 6,1mm; (4-9) medián: 6mm
šíře močovodu	Ø 12,5mm; (9-16) medián: 12mm	Ø 7,7mm; (6-12) medián: 8,5mm
MAG3 – funkce	Ø 46,3%; (40-49) medián: 48 %	Ø 44,1%; (29-49) medián: 46%
MAG3 – drenáž	100% s obstrukcí	100% bez obstrukce