

GEBELİKTE ÜROLOJİK PROBLEMLER | UROLOGICAL PROBLEMS IN PREGNANCY

Gebelikte Meydana Gelen Diğer Ürolojik Problemler
Other Urological Problems During Pregnancy**M. Ahmet Tunçkiran****Başkent Üniversitesi, Alanya Araştırma ve Uygulama Merkezi, Üroloji Kliniği, Antalya****Özet | Abstract**

Gebelik sırasında üriner sistemde anatomik ve fizyolojik birçok değişiklik meydana gelir. Bu değişiklikler bazen patolojik boyuta da dönüşebilir. Bu durumda anne ve fetus için ciddi riskler ortaya çıkabilir. Bu riskleri önceden bilmek ve gebelerin takiplerini buna göre yapmak belirgin avantajlar sağlar. Ayrıca bu sorunlar gebelik sırasında ortaya çıkabilirdiği gibi, doğum sırasında ve doğum sonrasında da hastaları etkileyebilir. Bu derlemede, gebelikte üriner sistem taşları haricinde oluşan sorunlar incelenmiştir. Meydana gelen sorunlar, üst ve alt üriner sisteme ait sorunlar, doğum sırasında oluşabilecek sorunlar olarak ayrılarak incelenmiştir. Ayrıca risk faktörleri ve tedavileri de gözden geçirilmiştir. Yazıda görüldüğü üzere gebelik ve doğum komplikasyonlarına çok açık, fizyolojik bir durumdur. Bu yüzden hastaların doğru takibi ve gerektiğinde doğru zamanda yapılacak bir müdahale, anne ve fetusun mortalite ve morbiditesi için çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: Doğum, gebelik, üriner sistem

Several anatomical and physiological changes occur in the urinary system during pregnancy. These changes sometimes develop into pathological conditions. Therefore, some serious risks can occur for both mother and fetus. Awareness of these problems and performing suitable follow-up brings many advantages. Additionally, these problems may also occur during labour and may affect both mother and fetus. In this review, the urological problems occurring during pregnancy, except for urinary stones, were evaluated. These problems were divided into three groups as; problems in upper and lower urinary systems, and problems developing during labour. In addition, the risk factors and medications were evaluated. As seen in the review, pregnancy and labour are physiological situations with several pathological problems. Therefore, a suitable follow-up and intervention at the right time is essential for preventing mortality and morbidity in the mother and fetus.

Key words: Labour, pregnancy, urinary system

Gebelik sırasında üriner sistemde, anatomik ve fizyolojik olarak belirgin değişiklikler meydana gelir. İnsan vücudu evrimsel süreçte bu değişikliklere adapte olmuşsa da bazen anne ve fetus için ciddi tehlikeler de meydana gelebilir. Ayrıca bu sorunlara cerrahi ve medikal yaklaşımlar da anne ve fetus sağlığı söz konusu olduğundan rutin üroloji pratiğindeki yaklaşımlardan da farklılık arz edebilmektedir.

Normal bir gebelikte renal pelvisin dilatasyonu ve/veya hidroüreter 7. haftadan itibaren görülebilir. Erken dönemlerde bu, progesteronun gevşetici etkisiyle olurken, gebeliğin ilerleyen haftalarında genellikle mekanik obstruksiyona bağlı olarak oluşur. Bu da uterusun sağa rotasyonu nedeniyle sola göre sağda daha fazla olmaktadır. Bunun yanında glomerüller filtrasyon hızı (GFR) %40-50, renal kan akımı da %60-80 oranında artar.(1) Bu da üre, kreatinin ve urat serum değerlerinin hamilelik bulunmayan döneme göre daha düşük olmasına neden olur.(2)

Gebelik sırasında mesane, uterusun büyümesine bağlı olarak öne ve yukarı doğru itilir ve 3. trimesterde pelvik organdan ziyade abdominal bir organ haline gelir.(2)

Yukarıda belirtilen fizyolojik değişimlerin haricindeki gebelikte taş oluşumu dışında görülebilen diğer sorunlar tek tek incelenebileceği gibi üst ve alt üriner sisteme ait sorunlar ve doğum esnasında ortaya çıkan sorunlar olarak da üç ana başlık altında da incelenebilir.

1. Üst Üriner Sisteme Ait Sorunlar**1.1. Hidronefroz**

Gebeliklerin %90'ında hafif derecede hidronefroz görülebilir.(3) Komplikasyon gelişmeyen, asemptomatik hidronefrozlar grade 2'ye kadar normal kabul edilir ve takibi sadece ultrasonografi (USG) ile yapılır.(4) Akut gelişen bir hidronefroz, pyelonefritin sebebi olabileceği gibi sonucu da olabilir. Bu durumda idrar analizi ve görüntüleme yapılarak pyelonefrit ve üriner sistem taşı açısından hasta hızla değerlendirilmelidir. Aksi halde anne ve fetusun sağlığı tehdit altına girebilir.

Komplike olmuş, semptomatik bir hidronefroz durumunda böbreğin drenajı sağlanmalıdır. Bu, uygun durumlarda double-J kateterle sağlanabileceği gibi, perkütan nefrostomi de gerektiğinde uygun bir seçenektir.

Komplike olmamış, gebeliğe bağlı oluşan hidronefroz, doğumdan 48 saat sonra normale dönmeye başlar ve 6 haftada normale döner.

1. 2. Üst üriner sistem enfeksiyonları

Gebelikte asemptomatik bakteriüri prevalansı, gebe olmayanlara göre benzerdir (%5-10). Fakat gebelikte sempptomatik enfeksiyon gelişme oranı yaklaşık %30'dur.(5) Bakteriürinin patojenitesini etkileyen faktörler: mesane tonusunda azalma, ureterik volümde artış vs.'dir. En sık patojen *E. coli*'dir. Akut pyelonefrit, gebelerin %1-2'sini etkiler. Ateş, kostovertebral açığı hassasiyeti, sistitizm bulguları, genel durum bozukluğu ile kendini gösterir ve anne ve fetusun mortalite ve morbiditesiyle ilişkilidir. Ciddi vakalarda sepsis ve solunum problemleri de baş gösterebilir. Bununla beraber erken doğum eylemine, preeklampsi ve düşük doğum ağırlığına da sebep olabilir.(6) Bu sebeple gebeler periyodik olarak asemptomatik bakteriüri açısından takip edilmeli ve tespit edildiğinde tedavi edilmelidir.(6)

Akut pyelonefrit tedavisi agresif yapılmalı ve parenteral hidrasyon, analjezi ve parenteral antibiyotik tedavilerini içermelidir. Pyelonefrit tedavisi parenteral ikinci kuşak sefalosporinlerle veya aminoglikozitlerin kısa süreli kullanımlarıyla yapılabilir. Asemptomatik bakteriüride ise amoksisilin, oral sefalosporin, nitrofurantoin veya nalidiksik asit seçenekleri kullanılabilir. Sülfonamidler de seçenekler arasında düşünülebilir fakat plasentayı geçerek kern ikterus riskini artırma ihtimallerinden dolayı ilerleyen haftalarda önerilmezler.

1. 3. Böbrek yetmezliği

Akut böbrek yetmezliği, gebelikte oluşan preeklampsi, sepsis, pyelonefrit gibi durumların komplikasyonlarına bağlı olarak meydana gelebilir.(6) Obstetrik kanamalar ve preeklampsiye yaklaşımlar geliştikçe bu tip komplikasyonlar da azalmıştır. Uygun tedavi yaklaşımlarıyla, akut böbrek yetmezliği sıklıkla normale döner.

Kronik böbrek yetmezliği, gebelikte ek sorunlara yol açan bir durumdur. Kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşabilecek sorunlar, gebelik öncesi yetmezliğin derecesi, hipertansiyonun varlığı ve ciddiyeti, proteinürinin seviyeleriyle ilişkilidir. Serum kreatinin seviyesi gebelik öncesinde 125-170 µmol/L arası olan gebelerin yarısında böbrek fonksiyonlarında kayıp yaşanabilir. %10'luk bir kısmında son dönem böbrek yetmezliğine gidiş olabilir. Gebelik öncesinde serum kreatinin düzeyi >170 µmol/L olanların %50-60'ında doğum sonrası fonksiyon kaybı olabilirken, %33-40'ında son dönem böbrek yetmezliğine gidiş olabilir.(7, 8)

Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak böbrek nakli yapılan hastaların ameliyattan sonraki iki yıl boyunca hamile kalmaları önerilmez. Gebelik esnasında bu hastalarda %40 oranında proteinüri gözlenir. Diğer proteinüri nedenleri göz önünde bulundurulmalıdır. Hipertansiyon ve preeklampsi akılda tutulmalıdır. Gebelerde sitotoksik otoantikörlerden dolayı yaklaşık %9 oranında rejeksiyon ihtimali vardır.

Ayrıca immünsupresif ilaçlardan prednizolonun fetal adrenal yetmezliğe, Azathiopirinin ise yüksek dozlarda sıçanlarda teratojenik etki gösterdiği unutulmamalıdır.(4)

1. 4. Veziköüretal reflü (VUR)

Patolojinin olduğu bölgeden ziyade komplikasyonlarının üst üriner sistemi etkilemesinden ötürü bu bölümde incelenmiştir. Ödem ve hiperemiden dolayı mesane tonusunda azalma, bakteriüri, idrar yolu enfeksiyonları, idrar volümünde artış, üst üriner sistemde oluşan dilatasyon, gebelikte, veziköüretal reflü için risk faktörüdür. Reflünün varlığı anne için bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda; VUR (+) olanlarda pyelonefrit varlığı %33, VUR (-) olanlarda %5'tir. Asemptomatik bakteriüri hikayesi olanlarda doğum sonrası 4-6 ay sonraki sistogramlarda %21 oranında VUR saptanmıştır. VUR (+) ise bakteriürinin tedavi ile temizlenmesi %33 iken, VUR (-) olanlarda bu oran %67'dir. Eğer annesinde de VUR, Renal skarlaşma ve sık İYE varsa kızında da gebelikte VUR riski söz konusudur. Renal skarlaşması olanlarda hipertansiyon 3,3 kat, preeklampsi 7,6 kat artarken yüksek oranda obstetrik girişim söz konusudur. Gebelik öncesi VUR'nün düzeltilmesi hem maternal hem de fetal morbiditeyi azaltmaktadır.(4)

1. 5. Maligniteler

Gebelikte bildirilen renal kanserlerden en sık görüleni renal hücreli kanserdir (RCC). Tanısı, genellikle başka bir sebeple yapılan ultrasonografi sırasında tesadüfi olarak konur, bu sebeple de tanıda bir gecikme olabilmektedir. Bazen de ele gelen kitle, lomber ağrı, hematüri ve hipertansiyon gibi semptomlar da görülebilir. Tedavisi konusunda anne sağlığını korumak birincil amaç olarak görülmeli ve tedavinin temelini oluşturan radikal nefrektomi uygulanması konusunda multidisipliner bir yaklaşımla karar verilmelidir.(2)

RCC kadar sık görülmesi de gebelikte üst üriner sistemde görülen diğer kitleler de transizyonel hücreli kanser, feokromasitoma ve anjiomyolipomadır.

2. Alt Üriner Sisteme Ait Sorunlar

2. 1. Alt Üriner Sistem Semptomları (İşeme ve Dolum)

İdrara sık gitme ve gece idrara gitme semptomları gebelikte en sık ve en erken görülen semptomlardır.(9) Bu durum ilk trimesterde artmış glomerüler filtrasyon hızı nedeniyle olurken, son trimesterde genişlemiş olan uterusun yaptığı baskıyla mesane kapasitesinin azalması nedeniyle olur. Bunun yanında gebelerde akut idrar retansiyonu da görülebilir. Genellikle retrovert uterusun genişlemesiyle oluşan bir durumdur ve 16. hafta civarında uterusun pelvisin dışına doğru büyümesi neticesinde düzelebilir. Bu süre içinde mesane drenajı ve temiz aralıklı kateterizasyon önerilir.

Doğum sonrası idrar retansiyonu insidansı da %0,45-17,9 olarak bildirilmiştir.(10) Bu durum için risk faktörlerini, ilk doğum olması, aletli vajinal doğum, epidural analjezi, uzamış doğum (>800 dakika), perineal laserasyon, sezaryen

uygulanması oluşturur.(11, 12) Risk faktörlerini taşıyan hamileler dikkatle takip edilmeli, mesanenin retansiyona girmesine izin verilmemeli, gerekirse erken dönemde kateterize edilmeli veya doğum sırasında sık sık idrarını yapması istenmelidir. Retansiyon durumuna yönelik olarak profilaktik antibiyotik kullanımı tartışmalıdır.

2. 2. İdrar Kaçırma

Gebelerde idrar kaçırma sık görülen bir durumdur ve hayat kalitesini bozabilir. Mikst tip kaçırma sık görülmekle birlikte, stres inkontinans urge inkontinansa göre daha çok görülür. Nedenler arasında karın içi basınçta artma, idrar hacminde artma, hormonal değişiklikler, idrar yolu enfeksiyonları, çok doğum, aşırı şişmanlık ve iri bebek sayılabilir.

Gebelik sırasındaki inkontinansın tedavisinde birçok klinisyen Kegel egzersizlerini önermektedir. Bunun yanında sık işeme ve aşırı kilo alımının engellenmesi de tedaviye katkıda bulunur. İnkontinansın doğum sonrası değerlendirilmesi için acele edilmemeli, doğumdan 6 hafta sonra fizyolojik değişikliklerin geri döneceği düşünülerek bu süre beklenmelidir.

Gebelik sonrası özellikle stres inkontinans, gebeliğin bir komplikasyonu gibi karşımıza çıkabilmektedir. Çok faktörlü bir durumdur. Viktrup ve Lose, doğumun ikinci bölümünün uzunluğuyla, doğum sonrası stres inkontinans gelişmesi arasında anlamlı bir korelasyon olduğunu göstermişlerdir.(13) Fakat vajinal doğumun sezaryene göre stres inkontinansa neden olma olasılığı her ne kadar yüksek gibi görünse de, sezaryenin de stres inkontinansın tam koruyucu özelliği yokmuş gibi gözükmemektedir.(14, 15)

2. 3. Maligniteler

Yaş grubundan dolayı her ne kadar nadir görülse de gebelikte, özellikle ileri yaş gebeliklerinde mesanede transizyonel hücreli karsinoma rastlanabilir. Tedavisinde standart yöntemler kullanılmakla birlikte tedavinin zamanını gebeliğin gidişatı belirler. Yüzeysel, non-invazif tümörlerde tedavi için doğum beklenebilir. 1. ve 2. trimesterde ve invazif bir tümör varsa gebelik sonlandırılıp radikal cerrahi yapılması önerilir. Eğer invazif tümör 3. trimesterde tespit edilirse, 28. haftada sezaryen ve radikal cerrahi önerilebilir.(4)

3. Doğum Esnasında Ortaya Çıkan Sorunlar

Travay sırasında özellikle mesane travmaya açıktır. Doğum sonrası yapılan sistoskopiler mukozal konjesyon, submukozal hemoraji ve özellikle trigon etrafında kapiller sızıntı olduğunu göstermektedir.(16) Sezaryen sırasında mesane yaralanması riski %1'in altında olmakla birlikte kesinin yerine ve cinsine göre bu oran değişebilmektedir. Sezaryen sırasında oluşan mesane travmalarında en çok

etkilenen bölge mesane kubbesidir. Bunun yanısıra oluşan yaralanma trigona ve üreter orifislerine kadar da ilerleyebilir, hatta çok nadir de olsa üreter reimplantasyonuna kadar giden yaralanmalar olabilir.(6) Mesane yaralanması genelde hemen tespit edilirken, üreter yaralanmalarında tanı gecikebilir ve flank ağrılarında ve/veya tek taraflı hidronefroz da muhakkak akla getirilmelidir.

Vezikovajinal fistüller, sezaryen uygulanan hastalarda, özellikle gelişmiş ülkelerde nadiren görülür. Gebelik sonrasında hastalar 7-14. gün civarında total inkontinans şikayetiyle başvururlar. Sistoskopi ve/veya intravenöz pyelografi ile tanısı konabilir.

Kaynaklar

1. Dafnis E., Sabatini S. The effect of pregnancy on renal function; physiology and pathophysiology. *Am J Med Sci* 1992;89:184-205.
2. Fiadjoe P, Kanan K, Rane A. Maternal urological problems in pregnancy. *Eur J Obs Gyn Rep Bio* 2010;152:13-7.
3. Goldfarb RA, Neerhut GJ, Lederer E. Management of acute hydronephrosis in pregnancy by ureteral stenting: risk of stone formation. *J Urol* 1989;141:921-2.
4. Ayyıldız A. Gebelikte taş dışı ürolojik sorunlar. türk üroloji yeterlilik kurulları 7. Üroloji yeterlilik sınavına hazırlık kursu kitabı 2010;179-80.
5. McGladdery SI, Aparicio S, Verrier-Jones K. Outcome of pregnancy in Oxford\Cardiff cohort of women with previous bacteriuria. *Quart J Med* 1992;303:533-9.
6. Chaliha C, Stanton SL. Urological problems in pregnancy. *Bju Int*, 2002;89:469-76.
7. Jones DC, Hayslett SP. Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency *New Engl J Med* 1996;89:226-32.
8. Germain S, Nelson-Piercy C. Lupus nephritis and renal disease in pregnancy. *Lupus* 2006;15:148-55.
9. Saidi A, Delaporte V, Lechevallier E. Urological conditions encountered during Pregnancy. *Prog Urol* 2005;15:1-5.
10. Guiheuef A, Weyl B. Postpartum urinary retention. A report of two cases and a review of literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:614-7.
11. Hamburg J. Postpartum urinary retention-without clinical impact? *Ther Umsch* 2008;65:681-5.
12. Liang CC, Wong SY, Tsay PT, Chang SD, Tseng LH, Wang MF, et al. The effect of epidural analgesia on postpartum urinary retention in women who deliver vaginally. *Int J Obstet Anesth*, 2002;11:164-9.
13. Viktrup L, Lose G. Epidural anaesthesia during labour and stress inkontinans after Delivery. *Obstet Gynecol* 1993;89:984-6.
14. Chaliha C, Khullar V, Stanton SL, et al. Urinary symptoms in pregnancy: are they useful for diagnosis. *Br J Obstet Gynaecol*,2002;109:1181-3.
15. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesaeran section. *N Engl J Med*,2003;348:900-7.
16. Seski AG, Duprey WM. Postpartum intravesical photography. *Obstet Gynecol*, 1961;18:548-56.