



Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Υπό

Τ. ΖΩΓΙΑΗ

Έσωτερικού Βοηθού του Μ.Μ.Η.

Η λοίμωξη των ουροφόρων οδών επέρχεται συχνότερα στην έγκυο γυναίκα. Αυτό οφείλεται σε δύο παράγοντες οι οποίοι τείνουν να προκαλέσουν στάση των ούρων στους ουρητήρες και την νεφρική πύελο, πράγμα που προδιαθέτει στην λοίμωξη.

Ο πρώτος παράγων είναι η αύξηση της στάθμης της προγεστερόνης στο αίμα, ή οποία αναστέλλει την κινητικότητα των λειών μυϊκών ίνδων του σώματος, με αποτέλεσμα την ελάττωση της περισταλτικότητας των ουρητήρων.

Ο δεύτερος είναι η επίδραση της έγκυμονούσης μήτρας, ή οποία πιέζει τους ουρητήρες στο χείλος της λεκάνης κατά την καθόδον τους στην μικρή πύελο. Η πίεση αυτή είναι μεγαλύτερη στον δεξιό ουρητήρα, επειδή ο άξων της μήτρας παρεκκλίνει συνήθως προς τα δεξιά.

Άμεση συνέπεια της στάσεως των ούρων είναι η προδιάθεση στην λοίμωξη. Δεν απομένει για να εμφανισθή αυτή παρά το παθογόνον μικρόβιον και ή πτώση της αντίστασεως του οργανισμού.

Ο κολιβάκιλλος ανευρίσκεται σαν αιτιολογικός παράγων σε συχνότητα 90%. Σπανιώτερα ανευρίσκονται ο πρωτεύς, στρεπτόκοκκοι, σταφυλόκοκκοι.

Η εισβολή των μικροβίων μπορεί να γίνη διά της ανιούσης οδού εκ της κύστεως, διά του αίματος ή των λεμφαγγείων. Εύνοείται πάντοτε από την στάση των ούρων και την άτονία και διάταση των ουρητήρων. Πιθανότερη φαίνεται ή εκδοχή της λεμφαγγειακής οδού εισβολής

από το παχύ έντερον, το όποιον κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης είναι άτονο και δυσκίνητο.

Παθογόνες εστίες σε άλλα μέρη του σώματος μπορεί να αποτελέσουν σπανιώτερα την θύρα εισόδου των μικροβίων, όπως φλεγμονές των οδόντων, άμυγδαλών, κόλπων, της χοληδόχου κύστεως κ.ά.

Ο Baird (1935, 1936) έτόνισε την σημασία της λοιμώξεως των ούρων στην έγκυμοσύνη και απέδειξε ότι 15% των εμβρύων που χάνονται έχουν σαν αιτία την αποβολή, την προωρότητα και τον ένδομητριον θάνατον λόγω υπερπυρεξίας.

Τα τελευταία χρόνια μεγαλύτερο ενδιαφέρον απέδωθη στις μεταγενέστερες επιδράσεις που μπορεί να έχη μία λοίμωξη του ουροποιητικού κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης πάνω στην μετέπειτα υγεία της μητέρας. Νεκροτομικές εξετάσεις γυναικών που πεθαίνουν μεταξύ 40-60 ετών αποδεικνύουν συχνά την ύπαρξη χρονίας πυελονεφρίτιδος σαν άμεση ή συμπαρομαρτοδσα αιτία θανάτου. Είναι πιθανόν ότι ή χρονία πυελονεφρίτις στις γυναίκες αυτές οφείλεται σε ουρική λοίμωξη κατά την διάρκεια της έγκυμοσύνης, ή οποία δεν διεγνώσθη ή έθεραπέυθη ανεπαρκώς.

Ο Kass σε πρόσφατη εργασία του (1960) απέδειξε ότι 6-7% των εγκύων παρουσιάζουν σημαντικόν αριθμόν μικροβίων στα ούρα (100.000/κ.έ.) στην αρχή της έγκυμοσύνης. Αν τα άτομα αυτά δεν θεραπευθούν, τότε σε 50% από αυτά θα αναπτυχθή δεξία πυελονεφρίτις στην διάρκεια της έγκυμοσύνης (3%). Ακόμη

περισσότερο ἔχει παρατηρηθῆ ὅτι ἄτομα τὰ ὁποῖα ἐθεραπεύθησαν γιὰ ὀξεία πυελίτιδα ἐπὶ 5-7 ἡμέρες μὲ ἀντιβιοτικά ἢ χημειοθεραπευτικά ἐμφανίζουν σὲ ποσοστὸν 10% νέον παροξυσμὸν κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνην καὶ σὲ ποσοστὸν 15% παραμένει μόνιμη φλεγμονὴ τοῦ οὐροποιητικοῦ μετὰ τὸν τοκετό.

Εἶναι προφανὲς ὅτι ἡ τελευταία αὐτὴ ὁμὰς ἀποτελεῖ τὴν βᾶσιν τῆς χρονίας πυελονεφρίτιδος στὴν γυναῖκα κατὰ τὴν μετέπειτα ζωὴν.

Κυστίτις

Ἡ φλεγμονὴ τῆς κύστεως ἀπαντᾶται κυρίως στὴν περίοδο τῆς λοχείας. Παρὰ τὴν μεγάλην συχνότητα τῆς μικροβιουρίας πρὸ καὶ ἰδίως μετὰ τὸν τοκετό, εἶναι ἀξιοσημείωτο φαινόμενο ὁ σχετικὰ μικρὸς ἀριθμὸς γυναικῶν ποὺ παρουσιάζουν πραγματικὴ φλεγμονὴ τοῦ τοιχώματος τῆς κύστεως ὥστε νὰ δικαιολογηθῆ ἡ διάγνωση τῆς κυστίτιδος.

Ἡ φυσιολογικὴ κύστις παρουσιάζει μεγάλη ἀντοχὴ στὴν λοίμωξη, καὶ ὅταν αὐτὴ συμβαίνει, τότε δὲν ὀφείλεται μόνον στὴν ὑπαρξὴ τῶν παθογόνων μικροβίων ἀλλὰ ἐπίσης στὴν στάση τῶν οὐρῶν καὶ τὸν τραυματισμὸ τοῦ τοιχώματος.

Ἡ κυστίτις κατὰ τὴν ἐγκυμοσύνη ἐκδηλώνεται σὰν ἕνας ἐλαφρὸς ἐρεθισμὸς τοῦ κυστικοῦ τριγώνου. Σοβαρότερες καὶ περισσότερο ἐκτεταμένες ἀλλοιώσεις τοῦ τοιχώματος ἀνευρίσκονται μετὰ τὸν τοκετό, ὁ ὁποῖος συχνὰ συνοδεύεται μὲ μεγάλη διάταση καὶ τραυματισμὸ ἀκόμη τῆς βάσεως τῆς κύστεως.

Συμπτώματα ὅπως ἡ συχνουρία, ὁ καῦσος, ἡ δυσουρία, ἡ μερική κατακράτηση τῶν οὐρῶν καὶ ἡ πυρετικὴ κίνηση εἶναι χαρακτηριστικὰ τῆς κυστίτιδος.

Πυελίτις

Ἡ πυελίτις σὰν ἐπιπλοκὴ τῆς ἐγκυμοσύνης ἀπαντᾶται σὲ συχνότητα 1-6% κατὰ τοὺς ἐρευνητάς, καὶ ἰδίως στὸ τελευταῖο τρίμηνο.

Ἡ φλεγμονὴ ἀφορᾷ τὴν νεφρική πύελο καὶ τοὺς οὐρητῆρες συγχρόνως, πρόκει-

ται δηλ. γιὰ τὴν ἀκρίβεια περὶ πυελοουρητηρίτιδος. Συνηθίζομε ὁμῶς νὰ μιλοῦμε γιὰ «πυελίτιδα τῆς ἐγκυμοσύνης». Ὅταν ἡ φλεγμονὴ προσβάλλῃ καὶ τὸ νεφρικὸν παρέγχυμα, τότε πρόκειται περὶ πυελονεφρίτιδος.

Σὲ περίπτωσι ποὺ δὲν γίνεται ἀποχέτευσι τῶν οὐρῶν, τότε μπορεῖ οἱ ἀλλοιώσεις νὰ φθάσουν μέχρι τὸν σχηματισμὸ πυονέφρου, τὴν μετατροπὴ δηλ. τοῦ οὐρητῆρος καὶ τῆς νεφρικής πύελου σὲ ἕνα σάκκο γεμᾶτο πῦον, μὲ πολλαπλᾶ μεταστατικὰ ἀποστήματα στὴν φλοιώδη οὐσία τοῦ νεφροῦ καὶ καταστροφὴ αὐτοῦ.

Οἱ Kass καὶ Turner (1960, 1961) ἀπέδειξαν ὅτι ἡ συχνότητα τῆς ὀξείας πυελονεφρίτιδος ἀξάνει στὶς πολυτόκες. Πολλὸ συχνὰ μία πολυτόκος ἀναφέρει στὸ ἀναμνηστικὸ τῆς λοίμωξης τοῦ οὐροποιητικοῦ σὲ προηγούμενη ἐγκυμοσύνη.

Ἡ ὀξεία μορφή εἰσβάλλει αἰφνιδίως μὲ πόνο σὲ μία ἢ ἀμφότερες τὶς ὀσφυϊκὰς χώρες, ἐπεκτεινόμενο πρὸς τὸ ὑπογάστριο. Ὁ ἔμετος ἀπαντᾷ συχνὰ καὶ τὰ ρίγη ἀποτελοῦν σχεδὸν σταθερὸ σύμπτωμα. Ἡ θερμοκρασία ἀνέρχεται στοὺς 39°-40,5°C. Ὁ σφυγμὸς εἶναι συχνὸς, ὄχι ὁμῶς σὲ ἀναλογία μὲ τὸν πυρετό. Συχνουρία καὶ καῦσος προηγούνται τῆς ὀξείας προσβολῆς πολλὰς μέρες. Ἡ γλώσσα εἶναι ἐπίχριστος καὶ ἡ ἀναπνοὴ δύσσομος. Ἐδαισθησία τῆς κοιλίας παρατηρεῖται ὑπερθεν τοῦ πάσχοντος νεφροῦ.

Ἡ ἐξέταση τῶν οὐρῶν ἀποδεικνύει ὀξινον ἀντίδρασι καὶ παρουσίαν λευκώματος. Κατὰ τὴν μικροσκοπικὴν ἐξέτασι ἀνευρίσκονται ἄφθονα πυοσφαίρια καὶ μικρόβια (*B. coli*, *B. proteus*) κατὰ τὴν οὐροκαλλιέργειαν.

Ἡ διαφορικὴ διάγνωση θὰ γίνῃ ἀπὸ: —τὴν σκωληκοειδίτιδα. Ἡ σκωληκοειδὴς ἀπόφυσις συχνὰ τὸ τελευταῖο τρίμηνο τῆς ἐγκυμοσύνης βρίσκεται πάνω ἀπὸ τὸν δεξιὸ νεφρό· τὰ ρίγη δὲν ἐπέρχονται πρῶτα, ἡ συχνοσφυγμία εἶναι ἀνάλογη μὲ τὸν πυρετό, δὲν ἔχομε κυστικὰ ἐνοχλήματα καὶ ἡ ἐξέταση τῶν οὐρῶν εἶναι φυσιολογική·

—τὸν πρόωρο τοκετό. Σ' αὐτὸν δὲν ἔχομε ρίγη, εὐαισθησία στὴν νεφρική χώρα καὶ κυστικά ἐνοχλήματα. Κατὰ τὴν διάρκεια τοῦ πόνου εἶναι δυνατὸν νὰ ψηλαφήσωμε τίς συστολές τῆς μήτρας. Πρέπει νὰ θυμώμαστε ὅμως ὅτι ἡ ὀξεία πυελονεφρίτις μπορεῖ νὰ προκαλέσῃ κάποτε πρόωρο τοκετό.

Στὴν ὀξεία προσβολὴ χορηγοῦμε ἄφθονα ὑγρά ἀπὸ τὸ στόμα ἢ ἐνδοφλεβίως, ἂν ὑπάρχουν ἔμετοι. Ἡ χορήγηση Κιτρικοῦ Καλίου μετατρέπει τὰ οὔρα σὲ ἀλκαλικά. Χορηγοῦμε Sulfonamides ἢ Nitrofurantoin (Furadantin) σὲ μεγάλες δόσεις ἀπὸ τὸ στόμα. Σὲ περίπτωσι ἐμέτων χορηγοῦμε Streptomycin ἐνδομυϊκῶς. Προβαίνομε ἀμέσως σὲ οὐροκαλλιέργεια καὶ test εὐαισθησίας, ἀνάλογα μὲ τὸ ἀποτέλεσμα τοῦ ὁποίου μποροῦμε νὰ ἀλλάξωμε ἀντιβιοτικὸ μετὰ πάροδο 48 ὥρων. Σὲ περίπτωσι ὑπερπυρεξίας ἐφαρμόζομε χλιαρὰ ἐπιθέματα τοῦ σώματος.

Μὲ αὐτὴ τὴν ἀγωγὴ οἱ περισσότερες ὀξείες προσβολές ὑποχωροῦν ἐντὸς 7 ἡμερῶν, τὰ συμπτώματα παρέρχονται καὶ τὰ οὔρα γίνονται στεῖρα. Τελευταῖα ἀπεδείχθη ὅτι ἡ εἰκόνα τῆς «ὀξείας πυελίτιδος τῆς ἐγκυμοσύνης» εἶναι στὴν πραγματικότητα ὀξεία πυελονεφρίτις. Προσβάλλεται δηλ. ὁ ἴδιος ὁ νεφρός. Ἔτσι, ἐνῶ τὰ οὔρα γίνονται στεῖρα μὲ τὴν πάροδο ὀλίγων ἡμερῶν θεραπείας, ἡ φλεγμονὴ ἐξακολουθεῖ νὰ ὑπάρχῃ στὸν φλοιὸ τοῦ νεφρικοῦ παρεγγύματος. Ἀποτέλεσμα τοῦ τελευταίου αὐτοῦ γεγονότος εἶναι ὅτι τὰ ἄτομα αὐτά, ἐφ' ὅσον δὲν ὑποβληθοῦν σὲ μακροχρόνια θεραπεία, μπορεῖ νὰ ἐμφανίσουν νέες προσβολές κατὰ τὴν διάρ-

κεια τῆς ἐγκυμοσύνης, ἢ, ἀκόμη σοβαρότερον, νὰ μεταπέσουν στὴν χρονία πυελονεφρίτιδα, ἢ ὁποία εἶναι ἐνδεχόμενον νὰ ὀδηγήσῃ καὶ εἰς τὸν θάνατον.

Γιὰ τοὺς παραπάνω λόγους, ἡ θεραπεία πρέπει νὰ ἐφαρμόζεται μέχρι τοῦ τέρατος τῆς ἐγκυμοσύνης καὶ ἐπὶ 4 ἐβδομάδες μετὰ τὸν τοκετό. Τὰ φάρμακα χορηγοῦνται στίς θεραπευτικὰς τὰς δόσεις (Lederkyn 0.5 g./ἡμερησίως ἢ Furadantin 50mg. × 3/ἡμερησίως μὲ μίαν ἐβδομάδα διακοπῆν).

Νέα φάρμακα, ὅπως ἡ Cycloserine διὰ τὸ *B. coli* καὶ ἡ Ampicillin διὰ τὸν *B. proteus* μποροῦν νὰ χρησιμοποιηθοῦν διὰ παρατεταμένην χρῆσιν ἐπὶ ἀνθεκτικῶν μορφῶν.

Ἡ θεραπεία διακόπτεται μόνον ὅταν ἡ οὐροκαλλιέργεια εἶναι ἀρνητικὴ καὶ τὰ οὔρα δὲν περιέχουν μεγάλον ἀριθμὸν λευκοκυττάρων.

Συχνότερη ἐπιπλοκὴ τῆς πυελίτιδος τῶν ἐγκύων εἶναι ἡ ἐμφανιζομένη δευτεροπαθῆς ἀναιμία, ὀφειλομένη σὲ διαταραχὴ τῆς ἀπορροφήσεως καὶ τοῦ μεταβολισμοῦ γενικὰ τοῦ σιδήρου ἢ καὶ σὲ ὑπαρξὴ κάποιας αἰμολυτικῆς ἐπιδράσεως τοῦ κολιβακίλλου.

Ὅταν μία ἀναιμία τῆς ἐγκυμοσύνης δὲν ὑποχωρῇ στὴν θεραπεία μὲ σίδηρο καὶ φυλλικὸν ὀξύ, πρέπει νὰ ὑποπτευώμαστε τὴν λοίμωξιν τῶν οὐροφόρων ὁδῶν, καὶ μόλις διαγνωσθῇ αὐτή, νὰ ἀρχίσῃ ἀμέσως ἡ δέουσα θεραπεία.

Παρατηρεῖται ἐπίσης ἐλάττωσι τῆς ἀντιστάσεως τοῦ ὀργανισμοῦ μὲ ἐπιπλοκὰς ἀπὸ τὸ ἀναπνευστικόν. Συχνή, τέλος, εἶναι ἡ ἐμφάνισις εἰλεοῦ.

