

Po 16 tygodniu ciąży źródłem płynu owodniowego przestaje być przesącz łożyskowy, a stopniowo staje się wytworzony przez płód mocz. **Prawidłowa objętość płynu jest niezbędna dla właściwego rozwoju płuc**. Małowodzie

po 18 – 20 tygodniu ciąży może być wynikiem 1) zablokowania dróg moczowych płodu lub 2) niedorozwoju jego nerek. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z przeszkodą utrudniającą przedostawanie się wyprodukowanego w nerkach moczu z pęcherza do owodni, a w drugim ze zbyt małą produkcją moczu. Ultrasonograficzny obraz wskazujący na utrudniony odpływ moczu z pęcherza moczowego, poza

małowodziem

obejmuje

poszerzenie cewki tylnej

pogrubienie ściany pęcherza

oraz

wodonercze

z poszerzonym jednym lub dwoma moczowodami. Może także współwystępować zjawisko hyperechogeniczności nerek tzw. „jasne nerki”, mogące wskazywać na dysplazję mięszu nerkowego.

Dysplazja

jest pojęciem histopatologicznym, ale może być podejrzewana na podstawie badania USG.

Bardzo istotne jest wczesne postawienie właściwego rozpoznania przeszkody podpęcherzowej, a jednym ze sposobów jej ominięcia jest **założenie drenu pęcherzowo-owodniowego**.

Znaczenie ma czas. Jeżeli doszło do dysplazji mięszu nerek, to pomimo interwencji nie dojdzie do korekcji małowodzia i nadal rozwijać się będzie hipoplazja płuc. Nie poprawią się również odległe rokowania dotyczące funkcji nerek po urodzeniu. Dlatego zanim dojdzie do rozważań dotyczących założenie drenu, musi być oceniona czynność nerek płodu na podstawie badania składu moczu pobranego przez nakłucie jego pęcherza. Wiadomo również, że pomimo dobrze opisanego, charakterystycznego obrazu ultrasonograficznego sugerującego przeszkodę, w wielu przypadkach rozpoznanie nie potwierdza się po urodzeniu. Pęcherz może poszerzać się,

czasem bardzo znacznie, bez współwystępowania istotnego zaburzenia w odpływie moczu. W przypadku wielu wad układu moczowego pomimo znacznego poszerzenia cienkościennego pęcherza, często również moczowodów i wodonercza, objętość płynu owodniowego jest prawidłowa, a nerki nie wykazują cech dysplazji. Najważniejszym wskaźnikiem rokowniczym jest ilość wód płodowych. Ciężki stan lub śmierć noworodka może nastąpić z powodu małowodzia prowadzącego do hipoplazji płuc lub z powodu niewydolności nerek. Jednak przeżycie i zachowana czynność nerek nie może być jedynym kryterium skuteczności interwencji prenatalnej. Uszkodzenie nerek i zaburzona czynność pęcherza mogą nasilać się w czasie dzieciństwa i prowadzić do poważnych odległych następstw. Należy pamiętać, że charakterystyczne dla obecności przeszkody jest uwidocznienie grubościennego pęcherza, któremu towarzyszy poszerzona cewka tylna i małowodzie.

Zupełnie innym problemem jest stwierdzenie u płodu **wodonercza bez cech przeszkody podpęcherzowej** . Około 35%

rozpoznanych prenatalnie uropatii stanowią wady połączenia miedniczkowo-moczowodowego, w 90 % manifestujące się jako jednostronne wodonercze. Ostateczne potwierdzenie rozpoznania takiej wady możliwe jest dopiero po urodzeniu, jednak podejrzenie może budzić prenatalny obraz dużej miedniczki nerkowej, bez poszerzenia moczowodu, z prawidłowym pęcherzem moczowym i normalną objętością płynu owodniowego. Rokowanie zwykle jest dobre, zarówno w przypadku jedno-, jak i obustronnej wady. Wodonercze u płodu wymaga regularnych badań ultrasonograficznych. Należy pamiętać, że możemy mieć do czynienia np. ogromną, nieprzeszkodową miedniczką zewnątrznerkową, wysokiego stopnia odpływem pęcherzowo – moczowodowo – nerkowym lub ze zdwojeniem dróg moczowych.

Uwidocznienie izolowanego wodonercza we wczesnym okresie ciąży □ jest istotne o tyle, że nakazuje poszukiwanie innych wad wrodzonych w obrębie układu moczowego jak i poza nim.

Leczenie wad układu moczowego u płodu

Wpisany przez Dariusz Olejniczak
środa, 15 stycznia 2014 22:41

W późniejszym okresie ważne jest czy poszerzenie miedniczki powiększa się, zwłaszcza powyżej 15 mm, co może wskazywać na konieczność leczenia dziecka po urodzeniu. Wtedy wskazaniem do operacji nie jest duży rozmiar miedniczki nerkowej, ale pogarszająca się funkcja nerki potwierdzona u niemowlęcia lub starszego dziecka badaniami izotopowymi. Istnieje bardzo mało racjonalnych przesłanek do prenatalnej interwencji lub inicjowania wcześniejszego porodu w przypadkach znacznie nasilonego jednostronnego wodonercza. Istnieją opisy aspiracji przed porodem ekstremalnie poszerzonych miedniczek nerkowych jako zapobieganie porodowi przeszkodowemu, jednak wydaje się, że takie problemy mogą być raczej związane z obecnością dużych torbielowatych guzów czy masywnego wodobrzusza.