

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI SARCINII LA GRAVIDELE CU PIELONEFRITĂ ACUTĂ

Irina Burlac, Eugenia Cebotari

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The evolutive features of the pregnancy in women with acute pyelonephritis

Acute pyelonephritis is an extragenital pathology commonly encountered in pregnant women (over 12%), with a tendency to increase its frequency in recent years. The aim of the study was to assess the particularities of the evolution of acute pyelonephritis in pregnancy and its influence on pregnancy and birth. Our results allow to make a conclusion that the evolution of pregnancy in pregnant women with acute pyelonephritis frequently became an imminent abortion in 63,5%, premature birth in 22%, prenatal rupture of membranes in 27%, intrauterine growth restriction of the fetus in 12% and hypertensive states - 15%. And births in pregnant women with pyelonephritis are pathological by associating primary and secondary contraction forces failure, early rupture of the amniotic sac and finishing pregnancy by Caesarean section.

Rezumat

Pielonefrita acută reprezintă o patologie extragenitală frecvent întâlnită la femeile însărcinate (peste 12%), cu tendință de creștere a frecvenței ei în ultimii ani. Scopul studiului a fost evaluarea particularităților de evoluție a pielonefritei acute în sarcină și influența ei asupra gravidității și nașterii. Datele obținute ca și datele din literatura de specialitate permit de a face o concluzie că evoluția sarcinii la gravide cu pielonefrită acută se complică cu iminența de avort în 63,5%, naștere prematură în 22%, cu ruperea prenatală de membrane 27%, cu retard de dezvoltare intrauterină a fătului 12% și stări hipertensive - 15%. Iar nașterile la gravidele cu pielonefrită devin patologice prin asocierea insuficienței forțelor de contracție primară în 6,57% și secundară în 37,22%, ruperea precoce a pungii amniotice în 51,83% și finisarea sarcinii prin operație cezariană în 12,4%.

Actualitatea

Pielonefrita acută în sarcină rămâne a fi o problemă actuală în cadrul obstetricii și perinatologiei, în pofida numeroaselor publicații apărute în literatura de specialitate. Acest fapt se explică prin influența pe care o are patologia data asupra evoluției sarcinii, nașterii, a perioadei postpartum și particularităților de adaptare a nou-născutului.

Pielonefrita este una dintre cele mai răspândite patologii extragenitale pe parcursul sarcinii, care se dezvoltă la 8-12% de gravide. Un complex de factori hormonal, hidro-electrolitici, imuni și mecanici favorizează acutizarea pielonefritei în procesul gestației. Începând cu primele săptămâni de sarcină, la 80% din gravide sănătoase apar modificări funcționale ale căilor urinare, care se manifestă prin scăderea tonusului și hipokineziei ureterelor. Ca rezultat apare reflux vezico-ureteral, crește presiunea în sistemul bazineto-caliceal cu dezvoltarea refluxului bazineto-caliceo-renal, ce duce la pătrunderea urinei, microbilor, toxinelor în rinichi și predispune la apariția pielonefritei acute sau la acutizarea procesului cronic. Decurgerea patologică a sarcinii se întâlnește la 82,3-89% de gravide cu această patologie. Complicațiile frecvent întâlnite în sarcina asociată cu pielonefrita acută sunt anemia, insuficiența renală, sindrom de detresă respiratorie acută, sepsis matern și poate duce la prematuritate, greutate mică la naștere sau mortalitate fetală.

Analiza literaturii dedicate pielonefritei a permis de a concluziona că în prezent sunt toate posibilitățile de a diagnostica patologia dată în timpul sarcinii. Fapt devenit posibil după implementarea metodelor contemporane de diagnostic așa ca rezonanța magnetică nucleară, tomografia computerizată și ultrasonografia cu efect Doppler. Cu toate acestea, stabilirea gradului de gravitate a procesului inflamator prezintă dificultăți, deoarece estimarea în complex a

simptomelor clinice și datelor de laborator utilizate de medicii clinicieni nu permit de a determina severitatea procesului inflamator și crează dificultăți în tratamentul patologiei date.

Scopul studiului a fost evaluarea particularităților de evoluție a pielonefritei acute în sarcină și influența ei asupra sarcinii și nașterii.

Material și metode

Studiul a fost bazat pe analiza prospectivă în baza fișelor medicale a unui număr de 137 de gravide internate cu diagnosticul de pielonefrită acută în IMSP IMC, Chișinău, Republica Moldova pe parcursul lunilor noiembrie 2012 – martie 2013. Datele acumulate în studiu au fost colectate din fișele de observație clinică a gravidelor și din carnetul perinatal.

În toate cazurile studiate au fost colectate datele anamnestice, apreciate semnele clinice. Pacientele au fost supuse investigațiilor clinico-paraclinice pentru a determina severitatea procesului inflamator, corectitudinea antibioticoterapiei empirice și influența patologiei asupra sarcinii și nașterii.

Rezultate

În perioada lunilor noiembrie 2012 – martie 2013, în IMSP IMC au fost internate 137 paciente cu pielonefrită acută survenită la termenele de gestație 12-34 săptămâni.

Distribuția cazurilor cu pielonefrită acută în sarcină în funcție de vârsta pacientelor a evidențiat o frecvență mare a cazurilor cu vârstă mai mică de 25 ani. Limita de vârstă a fost cuprinsă între 17 și 42 ani. Numărul gravidelor cu vârstă pînă la 18 ani a constituit 12 cazuri (8,76% ±4,05%) și peste 25 ani a fost 38 (27,74% ±1,95%) de gravide ($p > 0,05$).

Distribuția cazurilor în funcție de vârsta sarcinii gravidelor cu pielonefrită acută a evidențiat o frecvență crescută pentru vârsta de gestație mai mică de 20 săptămâni. Conform termenului de gestație cazurile au fost repartizate în modul următor :

Tabelul 1

Repartizarea numerică a pacientelor conform termenului de sarcină

Termenul sarcinii	Numărul de cazuri (%)
pînă la 12 săptămîni	0 (0%)
13 – 18 săptămîni	1 (0,72%)
19 – 24 săptămîni	71 (51,83%)
25 – 30 săptămîni	47 (34,4%)
31 – 36 săptămîni	18 (13,15%)
Peste 37 săptămîni	0 (0%)

În lotul de studiu, 92 din cazurile (67,16% ±1,95%) cu pielonefrită acută erau la primigeste, 30 de gravide (21,89%±2,15%) erau la a doua sarcină și 15 cazuri (10,95%±4,05%) aveau a treia sarcină ($p > 0,05$) (Fig. 1).

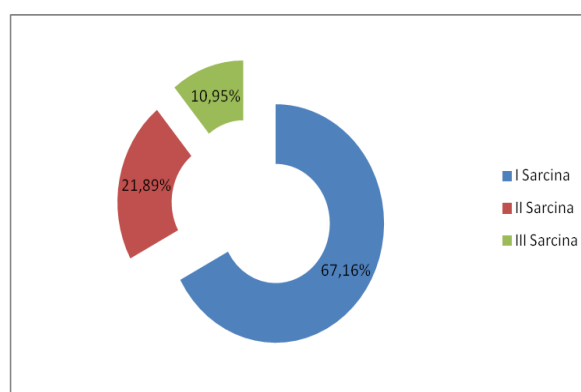


Figura 1. Repartizarea pacientelor în funcție de numărul sarcinilor

Din punct de vedere a debutul bolii putem afirma că pielonefrita acută s-a dezvoltat în timpul copilăriei în 67 de cazuri (48,9%±2,15%), în perioada din adolescență și până la sarcina actuală la 17 de gravide (12,4%±5,92%), iar pielonefrita gestațională a apărut în 40 de cazuri (38,7%±5,67%) ($p > 0,1$). În 37 (92,42%±2,05%) de cazuri pielonefrita gestațională a debutat în al II-lea trimestru de gestație și doar la 3 (7,58%±1,95%) paciente în trimestrul III de sarcină ($p > 0,05$).

Doar 19,7% din cazuri locuiesc în condiții de trai nefavorabile și 10,22% din gravide activează în condiții nocive de muncă.

Din punctul de vedere al evoluției sarcinii actuale la 104 (75,91%±0,95%) de gravide sarcina s-a complicat cu: iminență de întrerupere a sarcinii în 87 (63,5%±1,5%), ruptura precoce a membranelor amniotice în 37 (27%±1,95%) de cazuri, naștere prematură la 30(22%±2,05%) de gravide, gestoze precoce – 16(12%±2,95%), retard de dezvoltare intrauterin al fătului în 16(12%±3,55%) de cazuri și stări hipertensive – 20(15%±2,05%)($p > 0,05$).

Semnele clinice ale pielonefritei acute pot fi grupate în 3 mari categorii: semne datorate infecției urinare, manifestări datorate localizării și extinderii leziunilor renale și manifestări generale necaracteristice. Cele mai caracteristice semne clinice prezentate de gravide au fost durerea lombară unilaterală sau bilaterală, febra, micțiuni dureroase și imperioase, edemele, și simptomul de tapotament lombar. În lotul de studiu 55 (40,14%±2,05%) din cazuri pacientele acuzau durere lombară unilaterală de intensitate medie, 45 (32,86%±1,90%) aveau durere lombară unilaterală de intensitate mică și doar 37 (27%±2,95%) cu durere lombară bilaterală. Temperatura corporală subfebrilă s-a determinat la 69 (50,36%±2,05%) de cazuri, cu febră au fost evaluate 54 (39,41%±1,95%) din gravide, iar 14 (10,23%±2,95%) aveau temperatura corporală în limitele normei. Edemele au fost depistate în 82 (59,86%±0,95%) din cazuri, dintre care 64 (78%±1,95%) au fost edeme pe gambe și 18 (22%±2,15%) cazuri în jumătatea inferioară a corpului. Datele tapotamentului lombar au fost pozitive în 100% cazuri cu repartizarea simptomului unilateral în 100 (73%±1,5%) și bilateral în 37 (27%±2,05%) din cazuri($p > 0,05$).

Tabelul 2

Repartizarea numerică a pacienților conform acuzelor la internare

Durere lombară			
• de intensitate mică	45 (32,86%)	- unilaterală	100 (73%)
• de intensitate medie	55 (40,14%)	- bilaterală	37 (27%)
• de intensitate mare	37 (27%)		
Temperatura corporală			
• pînă la 37° C			14 (10,23%)
• 37 - 38° C			69 (50,36%)
• mai mult de 38° C			54 (39,41%)
Edeme			
• prezente	82 (59,86%)	- pe gambe	64 (78%)
• absente	55 (40,14%)	-pe 1/2 inferioară a corpului	18 (22%)

Diagnosticul paraclinic a pielonefritei acute s-a bazat pe examinarea sîngelui, urinei, ultrasonografiei renale și urocultura cu antibioticogramă.

Astfel analiza generală a sîngelui poate prezenta modificări nespecifice. În cele mai frecvente cazuri constatăm o anemie ușoară în 53(38,69%±1,95%) din cazuri și 20 (14,6%±2,95%) din gravide au fost diagnosticate cu anemie feriprivă gradul II ($p > 0,05$). Formula leucocitară evidențiază leucocitoză și deviere spre stînga. La internare, la 104 (75,91%±0,95%) din gravide s-a stabilit leucocitoză cu deviere a formulei leucocitare spre stînga, iar la următoarea investigare acești indicii au fost pozitivi în 100% de cazuri ($p > 0,05$).

Testele de inflamație au fost, de asemenea, pozitive în 100% din cazuri cu accelerarea VSH, creșterea fibrinogenului și proteinei C reactive în ser. Ureea și creatinina sunt, de obicei,

normale însă poate apărea uneori o ușoară dereglare a funcției renale, manifestată clinic prin vome abundente, care patofiziologic poate fi explicată de azotemie extrarenală cauzată prin cloropenie.

Examenul de urină este esențial pentru afirmarea diagnosticului de pielonefrită acută. Sedimentul urinar evidențiază leucocite cu neutrofile intacte sau degradate. Prezența cilindrilor leucocitari este sugestivă pentru afectarea parenchimului renal. Uneori se detectează hematii, mai ales în faza acută a bolii. Proteinuria poate fi prezentă, însă e redusă cantitativ (până la 0,5-1g pe zi) și are aspect de proteinurie tubulară. Excreția de uree este normală, poate apărea tranzitoriu o reducere a densității urinare care, de cele mai multe ori, este în normă. La examinarea rezultatelor probei după Niciporenco s-au determinat schimbări patologice cu creșterea semnificativă a numărului de leucocite în 87 (63,7%±1,05%), în celelalte 50 (36,3%±2,05%) de cazuri s-a depistat o creștere nesemnificativă a numărului de leucocite, pe când numărul de eritrocite a fost în normă ($p>0,05$). Astfel, în lotul de studiu s-a determinat devierea indicilor expuși anterior în 100% cazuri, facilitând stabilirea diagnosticului de pielonefrită acută.

Ecografia renală este, de obicei, normală sau poate arăta o ușoară nefromegalie, modificări de ecostructură a parenchimului renal, ștergerea diferențierii corticomedulare și eventual vizibilitatea sistemului pielocaliceal. Examenul ecografic a evidențiat modificări de ecostructură a parenchimului renal în 71 (51,83%) de cazuri, acestea fiind asociate în 3 cazuri cu distensia sistemului pielocaliceal.

Urocultura cu antibiograma sunt esențiale pentru diagnostic întrucât identifică microorganismul infectant și testează sensibilitatea acestuia la diverse antibiotice. Bacilii gram-negativi, dintre care, cel mai frecvent întâlnit este *Escherichia coli* a determinat în 130 (94,9%) de cazuri din infecțiile urinare în cazurile cu pielonefrită acută. Dintre cocii gram-pozitivi în lotul de studiu a fost identificat enterococul în șapte cazuri 5,1% acesta fiind incriminat în ruptura precoce a membranelor amniotice și nașterea prematură.

Astfel, toate pacientele au avut parte de antibioticoterapie racordată cu rezultatele uroculturii și antibioticosensibilității. Din grupul penicinelor s-a administrat amoxicilină în 33 (24,08%±1,95%) de cazuri și ampicilină – 17 (12,4%±2,05%) preponderent în II-lea trimestru la sarcinii. Din grupul cefalosporinelor s-a dat prioritate cefuroxim-ului în 51 (37,22%±1,05%) de cazuri, iar cefazolin în 19 (13,86%±2,55%) și ceftriaxon în doar 8 (5,84%±2,90%) de cazuri în al III-lea trimestru de sarcină. Ca preparat de a doua linie s-a recurs la eritromicină în doar 9 (6,57%±3,05%) cazuri ($p>0,05$). Tratamentul antibacterian a fost suplimentat cu terapie de dexintoxicare, uroseptice.

Nașterea a decurs per vias naturalis în 120 (87,6%) din cazuri, iar în 17 (12,4%) cazuri sarcina s-a finisat prin operație cezariană având ca indicație asocierea complicațiilor în naștere. Nașterea a căpătat o conotație patologică în apariția ruperii precoce de membrane amniotice în 71 (51,83%±0,95%) de cazuri, insuficiența forțelor de contracție primară la 9 (6,57%±2,05%) de parturiente și secundare în 51 (37,22%±1,05%) de cazuri ($p>0,05$).

Perioada post-partum s-a complicat cu endometrită puerperală în 55 (40,14%±0,95%) de cazuri și la 20 (14,6%±2,05%) de lăuze s-a acutizat pielonefrita, tratate corespunzător, în restul cazurilor perioada de lăuzie a decurs fiziologic ($p>0,05$).

Concluzii

1. Evoluției sarcinii actuale la 75,91% de gravide sarcina s-a complicat cu: iminență de întrerupere a sarcinii în 63,5%, ruptura precoce a membranelor amniotice în 27% de cazuri, naștere prematură la 22% de gravide, gestoze precoce – 12%, retard de dezvoltare intrauterin al fătului în 12% de cazuri și stări hipertensive – 15%.

2. Nasterea a decurs per vias naturalis în 87,6% din cazuri, iar în 12,4% cazuri sarcina s-a finisat prin operație cezariană asocierea complicațiilor în naștere. Nașterea a căpătat o conotație patologică în apariția ruperii precoce de membrane amniotice în 51,83% cazuri, insuficiența forțelor de contracție primară la 6,57% de parturiente și secundare în 37,22% de cazuri.

3. Complicații septico-purulente în lotul de studiu au constituit: 11 (8,02%±0,95%) de cazuri de endometrită puerperală și 20 (14,6%±2,05%) de cazuri de pielonefrită cronică în acutizare.

Bibliografia

1. Dafnis E, Sabatini S. The effect of pregnancy on renal function: physiology and pathophysiology. *Am J Med Sci* 1992; 303: 184:205.
2. Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11:13-26.
3. Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. Update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am.* 1997;11:593-608.
4. Harris RE. The significance of eradication of bacteriuria during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1979;53:71-73.
5. Gilstrap LC, 3rd, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001;28:581-591.
6. Schaeffer AJ. Infections of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr., et al, eds. *Campbell's Urology*, 8th ed. Philadelphia: W B Saunders; 2002:516-602.
7. Sandberg T, Brorson JE. Efficacy of long-term antimicrobial prophylaxis after acute pyelonephritis in pregnancy. *Scand J Infect Dis.* 1991;23:221-223.
8. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, Whalley PJ. 1981. Acute pyelonephritis in pregnancy: an anterospective study. *Obstetrics and Gynecology* 57:409 – 413.

FACTORI DE RISC ȘI PARTICULARITĂȚI CLINICO-EVOLUTIVE ALE SARCINII ȘI NAȘTERII PREMATURE COMPLICATE CU RUPEREA PREMATURĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE

Cristina Burladean, Mihail Surguci, Corina Cardaniuc, Oleg Potacevschii
Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Risk factors and clinical-evolutive features of premature birth complicated with premature rupture of amniotic membranes

Premature birth complicates 5-12% of all pregnancies and is the leading cause of perinatal morbidity and mortality worldwide. Prenatal rupture of the amniotic membranes complicates approximately 3% of all pregnancies and is responsible for about one third of premature births. The aim of the present study was to assess risk factors and clinical-evolutive features of premature birth complicated with premature rupture of amniotic membranes. Our results indicate that premature rupture of the amniotic membranes followed by premature birth is a complex obstetrical problem, with an incidence of 43.54% and possible multiple subsequent complications. The most common complications are: chorioamnionitis, endometritis, fetal pulmonary hypoplasia, development of fetal respiratory distress syndrome, intraventricular hemorrhage, ulceronecrotic colitis and neonatal sepsis. The study demonstrated the association of polihydramnios in 7.4% and maternal TORCH infections in 11.11% of premature births complicated with premature rupture of the amniotic membranes. The management, treatment and modality of delivery in cases of premature rupture of amniotic membranes must be strictly individualized and based on gestational age, maternal infection and the intrauterine state of the fetus.