

Urologická medikace v těhotenství a laktaci

MUDr. Jakub Pavelka, MUDr. Roman Staněk

Urologické oddělení, Slezská nemocnice v Opavě

Krátký souhrn nejčastější urologické medikace podávané u pacientek v těhotenství a laktaci. Oba stavy, které ač jsou přirozenými v životě ženy, způsobují nejednomu lékaři vrásky na čele. Zejména pro obavy z možných nežádoucích účinků nejen na matku, ale i eventuálních teratogenních účinků na plod a při přenosu mateřským mlékem na dítě.

Klíčová slova: urologie, medikace, léky, těhotenství, laktace, kojení.

Urological medication in pregnancy and lactation

A short summary of the most common urological medication prescribed to patients during pregnancy and lactation. Both conditions, despite being natural in the life of a woman, cause troublesome deciding to several doctors. This is due to possible side effects not only affecting the mother, but also due to possible teratogenous effects on the foetus and transfer to child per breast milk.

Key words: urology, medication, drugs, pregnancy, lactation, breast-feeding.

ÚVOD

Těhotenství přináší řadu fyziologických změn v anatomii a fyziologii ženy, z nichž některé se mohou podepsat i na eventuální morbiditě pacientek. Velká část změn je dána hormonálně. Dochází ke snížení aktivity hladkého svalstva a peristaltické činnosti, tedy drobnému rozšíření vývodných cest močových, spolupodílejících se na vyšším riziku močových infekcí. Zároveň růstem dělohy dochází k útlaku okolních orgánů (1). Močový měchýř má nižší funkční kapacitu a pacientky trápí časté močení, částečně dáno zbytkovou močí, při poklesu pánevního dna i s vyšším podílem úniku moče. Útlakem močovodů pak snadno vznikají také ledvinné koliky. V neposlední řadě je potřeba zmínit i bolesti, které tyto stavy mohou těhotným přinést. Během kojení pak dochází k postupnému návratu funkcí do původního stavu. V terapii je však nutno brát ohled na možný přenos léčivých látek skrz mateřské mléko do organismu dítěte, kde může vzhledem k nezralému a ne plně funkčnímu enzymatickému a exkretčnímu aparátu působit toxicky.

MOČOVÉ INFEKCE

Vzhledem k charakteru těhotenství jsou močové infekce považovány za komplikované (2). Akutní zánět močového měchýře je lépe než jen diagnostickými proužky (papírky) vyšetřit chemicky i sedimentem. Při podezření na močovou infekci je vhodné odebrat i kultivaci moče. Z původců přetrvává jakožto nejčastější komunitní patogen v 80 % případů bakterie *Escherichia coli*.

Klinika močové infekce

U zánětu močového měchýře (cystitis) se vyskytuje pálení a řezání při močení spojené s bolestmi (dysurie, strangurie), časté močení (frekvencie). V pozdějších fázích těhotenství pak i pouhé tlaky v podbřišku. Časté močení a tlaky v podbřišku jsou však vzhledem k rostoucí děloze více či méně obvyklé a asymptomatická bakteriurie je tak v těhotenství rizikovou záležitostí pro rozvoj zánětu horních cest močových. Při postižení ledvin (pyelonefritida) se pak přidružují zvýšené teploty až horečky a bolesti v bederní krajině. V tomto stavu je pak vhodné i ultrazvukové vyšetření ledvin (UZ) k vyloučení těhotenského městnání moče v horních močových cestách (obstrukční uropatie), při kterém je kromě konzervativního postupu někdy nutno zajistit drenáž močových cest zavedením stentu (3).

Terapie močové infekce

Vzhledem k charakteru těhotenství a riziku pro plod nejsou k dispozici kontrolované studie pro jednotlivé léky. Jsou doporučeny a naopak nedoporučeny léky. Mezi ty první patří aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz a dále cefalosporiny, které jsou zároveň léky volby. Naopak tetracykliny, aminoglykosidy, fluorchinolony a chloramfenikol jsou v době těhotenství kontraindikovány (4).



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Jakub Pavelka, jakubpavelka9@gmail.com

Urologické oddělení, Olomoucká 470/86, 746 01 Opava

Cit. zkr: Urol. praxi 2018; 19(4): 185–187

Článek přijat redakcí: 21. 5. 2018

Článek přijat k publikaci: 15. 8. 2018

Tab. 1. Přehled farmakoterapie močové infekce

Účinná látka	Dávkování	Kdy nepodávat
Amoxicilin/kys. klavulanová* (Tbl., Inj.)	625 mg á 8 hod., 1 g á 12 hod.	-
Ampicilin/sulbaktam (Inj.)	1000/500 mg á 6–12 hod.	-
Cefadroxil (1. generace)*	500–1000 mg á 12 hod.	-
Cefuroxim/axetil (2. generace)*	250–500 mg á 12 hod.	-
Cefprozil (2. generace)	500 mg á 12 hod.	-
Ceftriaxon (3. generace, Inj.)	1000–2000 mg á 24 hod.	-
Nitrofurantoin*	100 mg á 8 hod.	I. trimestr, (2. polovina) III. trimestr, první 3 měsíce kojení

Pokud není uvedeno jinak, jsou k dispozici tabletové formy léků, Inj. – injekční forma

** léky podávané při cystitidě, délka terapie 5–7 dní, Nitrofurantoin 7 dní*

délka terapie pyelonefritidy 10–14 dní

Následná péče močových infekcí

Vzhledem k časté recidivě zánětlivého postižení u těhotných je vhodné sledovat stav močových cest pravidelným odběrem moče alespoň 1× měsíčně, při odběru moče středním proudem je nutné poučení o hygieně zevního genitálu a správném odběru materiálu. Při asymptomatickém pozitivním nálezů je pak vhodné odebrat kontrolní vzorek moče za 1–2 týdny, eventuálně realizovat odběr moče katétrem (3).

Doplňková léčba

Vzhledem k vracejícím se obtížím jsou kromě dostatečného příjmu tekutin a pravidelného vyprazdňování moči vhodné také doplňky léčby pomocí preparátů s brusinkami. Moderní a v urologické praxi oblíbené preparáty s D-manózou nemají toho času klinické studie potvrzující jejich možné užívání u těhotných. Na zvažovanou je i antibiotická profylaxe nízkými jednorázovými večerními dávkami nitrofurantoinu, ve III. trimestru pak cefalosporinu nižší generace.

CHLAMYDIOVÁ INFEKCE

U těhotných, zejména mladších 30 let s větší promiskuitou, je také riziko chlamydiové infekce. Cíleně po ní nepátráme, avšak při podezření lze stěry odebrat za účelem snížení rizika předčasného porodu, snížené váhy novorozence či přenosu infekce na novorozence s následnou konjunktivitidou či pneumonií. Lékem volby je amoxicilin či azithromycin v jednorázové dávce 1000 mg (5).

SYFILIS

V těhotenství probíhá pravidelný screening na přítomnost aktivního onemocnění u matky. V případě positivity je pak lékem volby penicilin G 2,4 MIU i.m.*, v případě diagnostiky ve 3. trimestru je pak opakovaná dávka po 14 dnech (6). Léčba však spíše než u urologa probíhá v režii gynekologa ve spolupráci s infektologem.

** 2,4 milionu mezinárodních jednotek intramuskulárně*

KAPAVKA

Další z rizikových onemocnění je onemocnění kapavkou. U žen je často bezpříznakové, hnisavý či hlenohnisavý výtok totiž bývá často chybně považován za jiný druh výtoku. Ženy proto často onemocnění neléčí a stávají se rezervoárem infekce. Rizikem pro plod je následná konjunktivitida získaná při průchodu porodním kanálem. Na léčbu nejsou jednotné názory, všeobecně jsou doporučována parenterální cefalosporinová antibiotika, eventuálně v jednorázové dávce. Podávány jsou ceftriaxon 125–1000 mg i.m., cefotaxim 500 mg i.m., či cefuroxim 1500 mg i.m. jednorázově (7).

** i.m. – intramuskulárně*

KVASINKOVÉ INFEKCE

Pálením a řezáním se mohou v urologické ambulanci prezentovat také pacientky s kvasinkovými infekcemi. Ač většinu z nich primárně řeší gynekolog, odešle je někdy při nejasném nálezů k došetření právě pro tyto obtíže. Po vyloučení močové infekce je pak vhodná lokální terapie ve formě mastí, čípků, globulí či oplachů. Lékem volby je pak clotrimazol, který je k dispozici ve formě masti a tablety. Další látkou je pak nystatin, který je k dispozici i v kombinaci s nifuratelem. Délka léčby je závislá na příznacích, většinou se však pohybuje mezi 3–6 dny dle podávané dávky. Většina antitymotik je v I. trimestru kontraindikována vzhledem k riziku potratu (8). Mohou se však užívat preparáty k oplachům zevního genitálu s dezinfekčním účinkem jako benzydamin hydrochlorid či za účelem acidifikace u recidivujících infekcí globule s tetraboritanem sodným.

LÉČBA BOLESTI

Neodmyslitelně patří k léčbě zánětů také řešení bolesti. Velká část běžných analgetik stejně jako antibiotika nemají kontrolované studie k jejich uvolnění pro trh těhotných či kojících, proto se v tomto ohledu přetrvává u paracetamolu, v I. a II. trimestru ještě metamizolu a eventuální je doplnění o krátkodobé opiáty (9). U kolikovitých bolestí je možné užívat drotaverin či buscopan, ač i ty mají být užívány při převýšení prospěchu ve srovnání s riziky.

Tab. 2. Přehled farmakoterapie bolesti

Léčivá látka	Dávkování	Forma podání
Paracetamol	500–1 000 mg á 6 hod. (max. 4 g)	Tbl., Supp., Inj.
Metamizol*	500–1 000 mg á 6 hod. (max. 4 000 mg)	Tbl., Inj.
Tramadol**	50–100 mg á 4–6 hod. (max. 400 mg)	Tbl., Gtt., Inj.
Pethidin**	25–100 mg á 4–8 hod. (max. 300 mg i.v., max. 500 mg i.m./s.c.)	Inj.
Drotaverin	40 mg á 6–8 hod. (max. 240 mg)	Tbl.
Buscopan	20 mg á 4–6 hod. (max. 100 mg)	Tbl., Inj.

Tbl. – perorální tableta, Supp. – rektální čípek, Inj. – injekční forma podání, Gtt. – perorální kapky

i.v. – nitrožilní aplikace, i.m. – nitro svalovou aplikaci, s.c. – podkožní aplikace

* (NE ve III. trimestru a kojení)

** opiaty procházejí placentární bariérou a vylučují se do mateřského mléka, při jednorázovém podání není nutno kojení přerušovat

HYPERAKTIVNÍ MOČOVÝ MĚCHÝŘ

Časté močení se snížením porcí moče (frekvencie, nykturie, polakisurie) sdružované pod pojem Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) se neodmyslitelně pojí s těhotenstvím. Navíc se symptomy zvyšují se stupněm těhotenství a počtem absolvovaných porodů (10). Přidává se také únik moče, zejména stresového charakteru při povolení svalů pánevního dna. Stresová inkontinence se v tomto období dá zlepšit fyzioterapií a zejména rehabilitací pánevního dna, například pomocí Kegelových cviků. Symptomy LUTS, které lze obvykle u netěhotných a nekojících úspěšně mírnit či odstranit pomocí anticholinergní medikace však u těhotných a kojících vzhledem ke kontraindikacím užít nelze. Dobře zde pak působí pohovor s pacientkami a vysvětlení příčin obtíží, načež potíže lépe akceptují. Vždy je třeba ujistit pacientky o možnosti došetření a eventuální terapie po ukončení těhotenství a následného kojení. S odstupem času však obtíže často mizí a přetrvávají spíše potíže stresového charakteru.

NYKTURIE

Časté noční močení (noční polyurie) či centrální diabetes insipidus, které již před početím léčíme preparáty s desmopresinem je možné i v době těhotenství nadále realizovat (11). Přípravek nemá jednoznačné kontraindikace, avšak jako u všech medikamentů je potřeba jeho podávání zvážit. Ač nebyl prokázán průstup skrz placentu ani průstup dostatečné koncentrace do mateřského mléka, které by mohla ovlivnit diurézu kojence, je v obou případech nutná opatrnost. Pozitivní však je účinek desmopresinu na porodní krvácení u pacientů s von Willebrandovou chorobou či hemofilii A (12).

NÁDORY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ

Jsou zvláštní kapitolou problematiky onkologie. V potaz je nutno vzít nejen cíl vyléčení nádorového onemocnění, často za cenu potratu, ale také přání těhotných na pokračování těhotenství a v ideálním případě donošení zdravého dítěte. Lékařská rada je v tomto případě pouhým doporučením a je to právě těhotná žena, která rozhoduje o životě svém i svých potomků. V těhotenství je většina chemoterapeutik kontraindikována pro vysoké riziko embryotoxicity a teratogenity. Pokud by měly být tyto preparáty podány, pak jistě až po I. trimestru. V době kojení je pak chemoterapie kontraindikována. Je vždy třeba zvážit prospěch léčby s riziky. V tomto ohledu je nutný individuální přístup a společná rozhodnutí onkologa, gynekologa a eventuálně i urologa (13).

LITERATURA

- Nováčková M. Infekce močových cest v těhotenství. Urol Praxi 2016; 17(3): 121–123.
- Glaser AP, Schaeffer AJ. Urinary tract infection and bacteriuria in pregnancy. Urol. Clin. North. Am 2015; 42(4): 547–560.
- Staněk R. Těhotná žena v ordinaci urologie. Urol Praxi, 2015; 16(5): 238–242.
- Macek P. Infekce urogenitálního traktu v těhotenství a při kojení. Urol Praxi, 2010; 11(2): 70–74.
- Cluver C, et al. Treatment of genital Chlamydia trachomatis infection in pregnancy. [online] Cochrane library 2017-9-22 [cit. 2018-05-12] Dostupný z: <http://www.cochrane.org/>
- CD010485/PREG_treatment-genital-chlamydia-trachomatis-infection-pregnancy
- Poláčková Z. Přehled pohlavně přenosných onemocnění. Urol. Praxi 2016; 17(3): 124–128.
- Zimová J, Zima P. Kapavka – gonorrhea, aktuálně a v přehledu (3. část). Urol. Praxi 2013; 14(2): 72–76.
- Koliba P, Příhodová V. Možnosti farmaceuta v léčbě vulvo-vaginální kandidózy. Prakt. Lékaren. 2014; 10(3): 95–98.
- Nosková P. Léčba bolesti během gravidity a laktace. Med. praxi 2011; 8(9): 370–373.
- Kun-Ling L, et al. Comparison of Lower Urinary Tract Symptoms during Pregnancy between Primiparous and Multiparous Women. BioMed Research International, 2014, Article ID 303697. Dostupný z: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/303697/>
- Ray JG. DDAVP use during pregnancy: an analysis of its safety for mother and child. Obstet. Gynecol. Surv. 1998; 53(7): 450–455.
- Trigg DE, et al. A systematic review: The use of desmopressin for treatment and prophylaxis of bleeding disorders in pregnancy. Haemophilia, 2012; 18(1): 25–33.
- Roztočil A. Zhoubné nádory a gravidita. Onkologie 2015; 9(4): 195–198.