

rych nebyla gravidita známa. V těchto případech nebyly hlášeny žádné chromozomální abnormality ani vrozené vady plodu (32). Tato metoda je však během těhotenství kontraindikována. Taktéž byla provedena úspěšná perkutánní litotrypse během těhotenství, nicméně není rutinně doporučeno ji provádět kvůli potřebě celkové anestezie, nutnosti užít rentgenového záření a pronační polohy pacientky (33).

DISKUZE

Urolitiáza představuje nejčastější urologickou komplikaci gravidity. Po stránce diagnostiky je situace jednoznačná a pouze užití low dose nativního CT, ač doporučeno guidelines, je kontroverzní. Co se týče terapie, tak možností první volby při nekomplikovaném průběhu onemocnění by měl být konzervativní postup s pokusem o spontánní pasáž. Ureteroskopie zůstává i dle doporučení EAU guidelines rozumnou alternativou, jak se vyhnout dlouhodobému stentování/drenáži horních cest močových. Právě ureteroskopie je preferovanou možností léčby u těch pacientek, u kterých selhávají konzervativní opatření. Další možnosti léčby by měly být vždy zváženy s pečlivým posouzením rizik a přínosů. V diagnostice i terapii je nezbytný multidisciplinární přístup zahrnující spolupráci urologa, porodníka, radiologa a anesteziologa. Tato spolupráce by měla vést k zajištění ideálních výsledků pro matku a dítě.

Stran ureteroskopie se autoři neshodují na případném zvýšení rizika předčasného porodu, jakožto komplikace provedené ureteroskopie. Nicméně dle Ordony je riziko předčasného porodu po provedené ureteroskopii mírně zvýšeno. Je potřeba vzít v potaz,

že Ordonova studie vychází pouze z retrospektivních dat z jednoho pracoviště a dále fakt, že některá data jsou starší než 15 let. Výsledkem této studie je, že symptomatická litiáza zvyšuje riziko předčasného porodu, nízké porodní váhy, preeklampsie a císařského řezu, ať už s nebo bez urologické intervence. K objasnění této problematiky by bylo vhodné provedení dalších studií, v ideálním případě studií prospektivních.

ZÁVĚR

Dle Sohlbergové se urolitiáza v graviditě vyskytuje u 8 z 1 000 těhotných žen (39). Nejedná se tedy o příliš časté onemocnění. Dle retrospektivní studie z roku 2009 mělo ve sledovaném souboru pacientek renální koliku z důvodu litiázy pouze 55 %, resp. 65 % v případě levostranné koliky (40). Vzhledem k tomu, že pouze 55 % gravidních s kolikou má litiázu a nechceme všem dělat MRI nebo CT, potřebujeme neinvazivní bezpečnou metodou identifikovat rizikovou skupinu. V tomto přehledovém článku shrnujeme současné možnosti v diagnostice a léčbě ureterolitiázy v graviditě podle současného stavu poznání. Ve většině případů dostačuje ke stanovení diagnózy anamnéza, fyzikální vyšetření a ultrazvukové vyšetření. Přesnost ultrazvukových vyšetření v predikci přítomnosti konkrementu je zvýšena, když jsou do hodnocení zahrnuty rysy obstrukce, jako je absence ureterálního jetu a zvýšený index odporu (RI). Pokud má pacientka výsledek některého z těchto měření nefyziologický nebo má levostrannou koliku, je indikováno další zobrazovací vyšetření, a to MRI nebo CT. Přesto k MRI či CT přistupujeme zřídka, a to při diagnostické nejistotě.

LITERATURA

1. Masselli G, Weston M, Spencer J. The role of imaging in the diagnosis and management of renal stone disease in pregnancy. *Clin Radiol.* 2015; 70(12): 1462–1.
2. Semins MJ, Matlaga BR. Management of stone disease in pregnancy. *Curr Opin Urol.* 2010; 20(2): 174–7.
3. Biyani CS, Joyce AD. Urolithiasis in pregnancy. I: pathophysiology, fetal considerations and diagnosis. *BJU Int.* 2002; 89(8): 811–8; quiz i–ii.
4. Blanco LT, Socarras MR, Montero RF, et al. Renal colic during pregnancy: Diagnostic and therapeutic aspects. Literature review. *Cent European J Urol.* 2017; 70(1): 93–100.
5. Valovska MI, Pais VM, Jr. Contemporary best practice urolithiasis in pregnancy. *Ther Adv Urol.* 2018; 10(4): 127–38.