

Laparoskoopiline munajuhade läbitavuse taastamine 15 aastat pärast steriliseerimist ja sellele järgnev edukas rasedus I tüüpi suhkruhaigel

Fred Kirss, Anne Kirss – Tartu Ülikooli Kliinikumi naistekliinik

diabeet, rasedus, laparoskoopiline munajuhade läbitavuse taastamine

Viimase 15 aasta vältel on suhkruhaigete ravi ning jälgimine raseduse ajal märkimisväärselt paranenud. Artiklis on kirjeldatud haigusjuhtu, kus diabeedi tõttu steriliseeritud naisel taastati 15 aastat pärast steriliseerimist munajuhade läbitavus ning patsient rasedus ja sünnitas terve lapse.

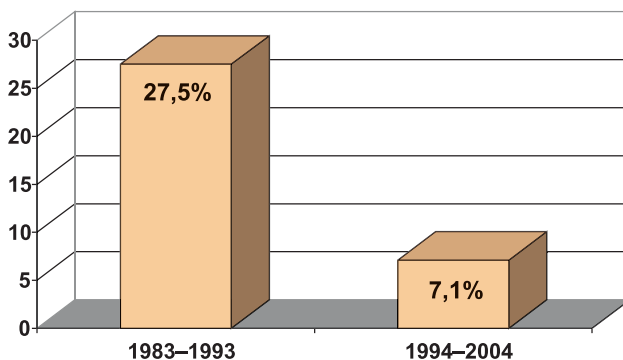
Suhkurtõbe seostatakse patoloogilise raseduse ja perinataalse haigestumise ning suremuse kasvuga. Veel 15 aastat tagasi soovitati Eestis diabeetikutel rasedust vältida ning küllaltki sageli kasutati kontratseptsioonimeetodina steriliseerimist (1).

Suhkruhaige veresuhkru väärtuste tasakaalus hoidmine on raseduse ajal olulise tähtsusega. Halvasti kompenseeritud diabeediga emade lastel esineb kümme korda enam kaasasündinud väärarendeid. Ema suured veresuhkruväärtused põhjustavad lootel hüperinsulineemia, mis omakorda viib loote makrosoomia kujunemiseni ja suurendab sünnitrauma riski. Hüperinsulineemia põhjustab ka surfaktandi produktsiooni aeglustumist ning seeläbi vastündinul hingamishäireid. Samuti seostatakse ema dekompenseeritud

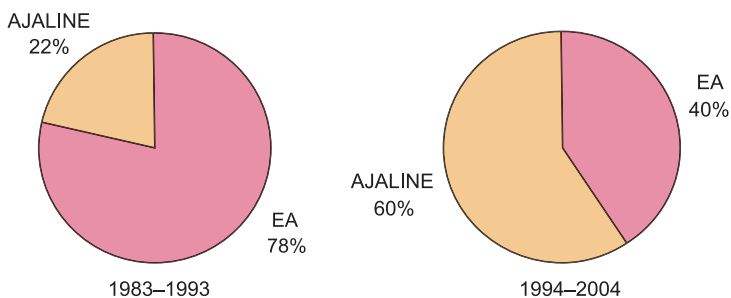
diabeeti vastündinu ainevahetushäiretega, näiteks hüpoglükeemia, hüperbilirubineemia, polütsüteemia ja hüperkaltseemiaga.

Viimastel aastatel on suhkruhaigete ravi ning veresuhkru väärtuste jälgimine märkimisväärselt paranenud, see omakorda on vähendanud ka emade ja laste perinataalse suremuse ning -haigestumise näitajaid (2, 3). 1993. aasta II poolel võeti kasutusele glükomeetrid veresuhkru koduseks kontrolliks, diabeedi kompenseerimiseks kasutatakse valdavalt süstimiskeeme 4 või enama süstiga päevas ja vaid humaan- või anolooginsuliine.

Loote jälgimismeetodid on viimasel kümnendil märkimisväärselt muutunud: näiteks võeti tänapäeval nii enesestmõistetavana tunduv loote sonograafia kasutusele 1984. aastal, kui Tartu



Joonis 1. Diabeetilise ketoatsidoosi esinemine rasedatel Tartu Ülikooli naistekliinikus aastatel 1982–2004.



Joonis 2. Enneaegsete sünnituste osakaal suhkruhaigetel Tartu Ülikooli naistekliinikus aastatel 1982–2004.

naistekliinik sai esimese ultraheliaparaadi. Hingamis-häiretega vastsündinu surfaktantravi sai võimalikuks 1994. aastal.

Diabeedi parema kompenseerimise tulemusena on diabeetiline ketoatsidoosi esinemine rasedatel vähenenud 4 korda, loote parema jälgimise tulemusena on ajalisi sünnitusi 2,7 korda rohkem ning perinataalne suremus on vähenenud 14 korda (vt jn 1–3).

Eespool kirjeldatu on muutnud ka suhkruhaige raseda käsitlust – diabeet ei tähenda enam automaatselt vastunäidustust raseduseks, vaid patsiendi ja arstide hea koostöö tulemusena on täiesti võimalik sünnitada terve laps.

Alljärgnevalt on kirjeldatud diabeedi tõttu steriliseeritud patsiendi haigusjuhtu, kelle puhul peeti 15 aastat hiljem selleks ajaks muutunud seisukohtade valguses rasedust tervisele täiesti lubatavaks.

Haigusjuht

1985. aastal 20 aasta vanusena sünnitas patsient raseduse 39. nädalal funktsionaalselt kitsa vaagna tõttu tehtud keisrilõike teel tütre sünnikaaluga 4030 grammi, Apgari hinded olid 5–8 palli. Laps oli terve. Patsiendil diagnoositi raseduse 30. nädalal gestatsioonidiabeet, mida raviti tol ajal kasutusel olnud tsinkinsuliinisüstega 1 kord päevas. Sünnituse järel insuliinravi lõpetati ning patsiendi veresuhkur püsis ilma ravita ühe aasta vältel normaalne. Aasta hiljem diagnoositi tal siiski I tüüpi diabeet.

1987. a sünnitas patsient keisrilõike teel raseduse 39. nädalal poja sünnikaaluga 4400 g. Samal ajal keisrilõikega tehti ka steriliseerimine

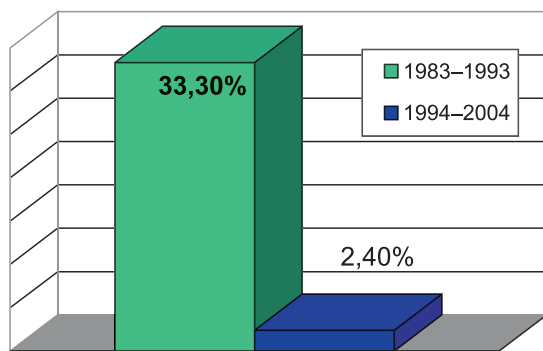
Genteri järgi. Lapsel diagnoositi diabeetiline fetopaatia, pneumopaatia ja respiratoorne II–III astme distress-sündroom ning vastsündinu suri 3. elupäeval.

15 aastat hiljem, 2002. aastal pöördus patsient günekoloogi vastuvõtule sooviga rasestuda. Patsient oli 38aastane, diabeet oli hästi kompenseeritud (HbA1c 5,9%), diabeetilist nefropaatiat ei esinenud: mikroalbuminuuriat ei olnud, seerumkreatiniin oli 81 µmol/l, kreatiniini kliirens 104 ml/min ja vererõhk normaalne. Ka proliferatiivset retinopaatiat ei olnud tekkinud. Seega ei olnud tänapäevase seisukoha järgi rasedus vastunäidustatud.

Patsiendiga rasestumise võimaluste üle vesteldes ilmnes, et kehavälise viljastamise ta ei soovinud. Otsustati laparoskoopilise munajuhade rekonstruktiivse operatsiooni kasuks.

Rasestumise sagedus pärast sellist operatsiooni varieerub erinevate autorite järgi 42–75% (4, 5). Operatsiooni tulemuslikkust mõjutavad aeg, mis on möödunud operatsioonist, patsiendi vanus ja munajuhale tekitatud defekti suurus. Seoses kehavälise viljastamise meetodite arenguga ja tulemuste paranemisega on täheldatav selliste operatsioonide osakaalu vähenemine viimastel aastatel. Patsiendi eelistuseks oli selle operatsiooni eest makstav kordades madalam hind võrreldes kehavälise viljastamisega.

04.09.2002. a tehti laparoskoopiline lõikus. Operatsioonil oli näha munajuhade steriliseerimise järgne seisund. Vasem munajuha oli liitunud intiimselt väikese vaagna külgseinaga, värvaine ei sisenenud munajuhasse. Parema munajuha



Joonis 3. Perinataalne suuremus suhkruhaigete emade lastel Tartu Ülikooli naistekliinikus aastatel 1982–2004.

valendik oli värvainele läbitav emakanurgast kuni munajuha läbilõike kohani selle ampullaarosas. Ka munajuha distaalne osa oli värvainele läbitav. Teostati parema munajuha läbilõigatud otste värskendamine ja seejärel ots otsaga anastomoos. Operatsioonijärgne periood kulges iseärasusteta, patsient lahkus 1. postoperatiivsel päeval haiglalt.

Patsient pöördus naistearsti poole uuesti 14.01.2003. Rasedustest oli positiivne ja ultraheliuuringul näha emakasisene rasedus vanusega 4–5 nädalat. HbA1c oli 6,3%. Kahjuks selle raseduse areng peetus. Küllastusel 06.03.2003. a oli ultraheliuuringul näha peetunud rasedus (*missed abortion*). Raseduse kestus selleks ajaks oli anamnestiliselt 11 nädalat ja 5 päeva, loode vastas raseduse kestusele 8 + 5, südametegevus ei olnud visualiseeritav.

Esiialgu oodati emaka iseeneslikku tühjenemist, kuid seda ei toimunud ja 24.03.03. a tehti emakaõone abrasioon. Patsiendile soovitati püüda raseduda pärast kaht menstruaaltsükliit.

Patsient rasedus uuesti 2003. a augusti algul. 18.08.2003. a oli rasedustest positiivne. Selleks ajaks oli patsient 39aastane. Diabeet oli hästi kompenseeritud, insuliinravi korrigeeritud raseduse vältel vastavalt vajadusele, HbA1c püsis kogu

raseduse vältel 5,9–6,4%. Arvestades patsiendi iga, tehti raseduse teises trimestris geneetilise amniotsenteesi (lootevee uuring loote karüotüübi määramiseks). Rasedus kulges edaspidi normaalselt. Sünnitusviisiks valiti plaaniline keisrilõige raseduse 38.–39. nädalal. Sünnitustegevus vallandus siiski varem ja keisrilõige tehti erakorralisena. Rasedus oli kestnud 37 nädalat ja 5 päeva. Sündis 3744 g kaaluv tütarlaps. Operatsioon kulges tüsistusteta. Patsient lahkus koju koos terve vastsündinuga 3. postoperatiivsel päeval.

Kokkuvõte

Suhkruhaigete võimalus sünnitada terve laps on viimase 15 aasta jooksul oluliselt paranenud. Perinataalne suuremus on kahanenud 14 korda. Kasutusele on võetud uued insuliinipreparaadid. Veresuhkruväärtuste kontrolli võimalused on oluliselt paranenud seoses glükomeetrite kasutuselevõtuga.

Tõenäoliselt on kirjeldatud haigusjuht Eestis esmakordne. Diabeetikul, kel ei soovitatud sünnitada ning oli teostatud steriliseerimine, võeti vastu steriliseerimise lõpetamise otsus. Laparoskopiline munajuhade läbitavuse taastamise operatsioon osutus edukaks, rasedus kulges komplikatsioonideta ja patsient sünnitas keisrilõike teel elusa ajalise terve vastsündinu.

Kirjandus

1. Kirss A. Diabetes mellitus ja rasedus Tartu Naistekliiniku andmeil aastail 1983–1992. Eesti Arst 1995;(4):316–7.
2. Jakovlev Ü, Raukas R, Szirko F, Kirss A. I tüüpi diabeet ja rasedus. Eesti Arst 2001;lisa 2:271–6.
3. Kirss A, Astover V, Ormisson A. Suhkrutõbi, rasedus ja vastsündinu. Eesti Arst 2001;lisa 2: 262–7.
4. Wallwiener D, Becker S. Perspectives in gynecologic surgery: past, present and future. Gynecol Surg 2004;1:63–5.
5. Hulka J, Reich H. Textbook of laparoscopy. 3d ed. 1998. p. 163–5.

Summary

Laparoscopic tubal anastomosis and successful pregnancy 15 years after sterilization in a patient with insulin diabetes mellitus

Diabetes in pregnancy influences the intrauterine growth, mortality and morbidity of fetuses and newborns. Owing to modern treatment options during the last 15 years, the outcome of diabetic pregnancies has shown a favourable change.

A case report of a 39-year-old woman is presented. She had a history of diabetes since 1986. In 1985 her delivery was completed by Caesarean section. The condition of the newborn was good and her later development was normal. In 1987 the patient had a second pregnancy and the delivery was again completed by

Caesarean section. The diabetic phetopathy and respiration distress syndrome of the newborn was diagnosed and the mother was sterilized by operation.

In 2002 the diabetes of the patient was well compensated, no diabetic complications were revealed. There were no medical restrictions to pregnancy.

Laparoscopic tubal anastomosis was performed for reversal of sterilization. The operation was successful and 1.5 years later a healthy girl was born.

anne.kirss@kliinikum.ee