

Bożena Guzik, Mirosław Adamski

Centrum Dializ Fresenius, Ośrodek Dializ nr 60 w Zabrze

# Antykoncepcja hormonalna podczas dializy otrzewnowej — opis przypadku

## Hormonal contraception for peritoneal dialysis — a case report

### ABSTRACT

Rating overhydration in patients treated with renal replacement therapy is quite a serious clinical problem. It is associated with difficulties in the removal of excess water from the patient at the same time the use of water as part of the therapy. One of the advantages of using peritoneal dialysis patients as possible in a long time preservation of residual urine.

Some medications can cause difficulties in maintaining residual diuresis and at the same time be the cause of overhydration. This article an example of the peritoneal dialyzed patients in whom there is a problem of significant fluid overload associated with the use of hormonal contraception.

Forum Nefrol 2016, vol 9, no 4, 257–260

**Key words:** peritoneal dialysis, hormonal contraceptive therapy

### WSTĘP

Dializa otrzewnowa jest metodą leczenia, która stwarza znaczne korzyści dla pacjenta, cechując się elastycznością modyfikacji dawki dializy. Dotyczy to zarówno indywidualnego doboru stężeń płynów oraz modyfikacji czasu wymian dializacyjnych, jak i możliwości zmiany zasad leczenia w obrębie danej metody [automatycznej dializy otrzewnowej (ADO), ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej (CADO), ciągłej cyklicznej dializy otrzewnowej (CCDO), nocnej dializy otrzewnowej (NDO)] [1]. Głównym celem wykorzystywania tych możliwości jest ogólna poprawa sytuacji zdrowotnej pacjenta z uwzględnieniem optymalizacji stosowanego leczenia.

Problem przewodnienia u chorych leczonych za pomocą dializy otrzewnowej może dotyczyć każdego pacjenta, niezależnie od zachowania diurezy resztkowej. Wśród przyczyn tego rodzaju problemów wymienia się między innymi: niewydolność ultrafiltracji otrzewnej, brak efektywności dializy związany z długim czasem terapii nerkozastępczej, incydenty

dializacyjnego zapalenia otrzewnej (ich liczbę i częstość) lub niestosowanie się pacjentów do zaleceń. Powikłania mogą występować również w sytuacjach niestandardowych, związanych z zastosowaniem niektórych leków, współwystępowaniem chorób przewlekłych, jak np. niewydolność serca, niedożywieniem bądź niewłaściwą dietą.

Niniejszy artykuł przedstawia przykład pacjentki dializowanej otrzewnowo, u której pomimo stosowania się do zaleceń wystąpił problem znacznego przewodnienia związany ze stosowaniem terapii hormonalnej w ramach działania antykoncepcyjnego.

### OPIS PRZYPADKU

Kobieta w wieku 33 lat pod koniec maja 2015 roku została zakwalifikowana do leczenia nerkozastępczego. Zastosowano ciągłą ambulatoryjną dializę otrzewnową (system Fresenius w schemacie wymian 4 × na dobę stężeniem 1,5% Ca 1,25 mmol/l, objętością 1300 ml). W momencie rozpoczęcia terapii masa ciała pacjentki wynosiła 53 kg, a po 6 miesiącach lecze-

►► **Problem przewodnienia u chorych leczonych za pomocą dializy otrzewnowej może dotyczyć każdego pacjenta, niezależnie od zachowania diurezy resztkowej** ◀◀

**Adres do korespondencji:**  
lic. piel. Bożena Guzik  
Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.  
Centrum Dializ Fresenius  
Ośrodek Dializ nr 60 w Zabrze  
ul. Wolności 61, 41–800 Zabrze  
tel.: 32 777 44 22, faks: 32 775 65 99  
e-mail: bozguz@poczta.fm

nia diureza resztkowa wynosiła około 1500 ml. Samopoczucie chorej było dobre, dobrze tolerowała wysiłek, przez dłuższy czas nie miała problemów z prowadzeniem dializ, wpusty i wypusty płynu dializacyjnego zajmowały jej średnio 10–15 min. Dializa cechowała się dobrą adekwatnością, potwierdzoną badaniami biochemicznymi (stężenie albumin 4,0 g/dl, białko całkowite w zakresie 61,8–64,6 g/l, Hg w granicach 10–11,9 g/dl, dawka erytropoetyny 2000–8000 j.m., KT/V 2,1, PET — średni transport (D/Do — 0,6965, D/P — 0,661).

Pacjentka wykonywała prawidłowo wymiany płynu dializacyjnego, zgodnie z zaleceniami procedury. Mimo to w lipcu i sierpniu 2015 roku u chorej wystąpiły incydenty dializacyjnego zapalenia otrzewnej. W leczeniu zastosowano początkowo antybiotykoterapię empiryczną, którą następnie zweryfikowano na podstawie wyniku antybiogramu. Pacjentka w dobrym stanie ogólnym została wypisana do domu po normalizacji cytozy oraz jałowego płynu dializacyjnego. W czasie hospitalizacji wykonano konsultację chirurgiczną. W badaniu przedmiotowym stwierdzono przepuklinę pępkową i zakwalifikowano chorą do zabiegu operacyjnego. Planowany zabieg odbył się w trybie planowym, a jego przebieg nie był powikłany.

Pod koniec września 2015 roku przeprowadzono z pacjentką rozmowę edukacyjną na temat kwalifikacji do przeszczepienia nerki, po czym chora wyraziła pisemną zgodę na zaproponowane leczenie.

Podczas wizyt kontrolnych w ośrodku dializ pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości. Nie zaobserwowano problemów w prowadzeniu dializy otrzewnowej. W płynach wypustowych nie stwierdzano obecności włóknika, były czyste i klarowne. W ramach badań kwalifikacyjnych do przeszczepienia nerki konieczna była konsultacja ginekologiczna. Chora otrzymała zalecenie usunięcia wkładki wewnątrzmacicznej uwalniającej hormony. Zabieg odbył się pod koniec stycznia 2016 roku. Ze względu na młody wiek pacjentki i ryzyko zajścia w ciążę na prośbę chorej ginekolog zaproponował alternatywne postępowanie antykoncepcyjne — włączenie hormonalnej terapii antykoncepcyjnej (gestoden + etynyloestradiol 0,075 mg + 0,020 mg, tabletki do stosowania 1 × dziennie przez 21 dni, cyklicznie), które wdrożono w lutym 2016 roku.

Kontrolne wizyty w ośrodku dializ otrzewnowych odbywały się planowo, stan kliniczny chorej był stabilny (brak jakichkolwiek dolegliwości, ciśnienie tętnicze 120/60 mm Hg, ultrafiltracja stabilna, 300–900 ml). Pacjentka nie wykazywała

objawów przewodnienia ani odwodnienia, masa ciała utrzymywała się na stałym poziomie i wynosiła około 55 kg, a parametry biochemiczne pozostawały w normie. W lutym 2016 roku zaobserwowano znaczny spadek ilości moczu wydalanego w ciągu doby, z 1500 ml do 300 ml.

W marcu 2016 roku chora zgłosiła się na dodatkową wizytę z powodu pogorszenia ogólnego samopoczucia, wystąpienia oraz nasilenia obrzęków do 3/4 wysokości podudzia, wzrostu masy ciała w ciągu 2 dni o 1 kg (56,7 kg) ciśnienia tętniczego 140/70 mm Hg. Pacjentka łączyła złe samopoczucie z wdrożeniem antykoncepcji hormonalnej.

U chorej zastosowano ocenę przewodnienia metodą impedancji bioelektrycznej, wykazując obecność nadmiaru wody w jej organizmie o około 2 kg.

Podjęto decyzję o czasowym odstawieniu hormonoterapii antykoncepcyjnej i zmieniono należną dawkę dializy. Włączono płyny dializacyjne — na zmianę 2 × na dobę standardowy płyn z zawartością glukozy 2,3% oraz 2 × na dobę płyn z zawartością glukozy 1,5% w ilości 1300 ml na okres 7 dni. Przeprowadzono reedukację w zakresie skrupulatnego prowadzenia dobowego bilansu płynów, diety oraz pomiaru ciśnienia tętniczego.

W marcu 2016 roku pacjentka zgłosiła się na wizytę dodatkową w celu oceny stanu dobowego bilansu płynów oraz uzyskanych pomiarów ciśnienia. W badaniu przedmiotowym zaobserwowano znaczne odwodnienie i ustąpienie obrzęków powstałych po włączeniu antykoncepcji hormonalnej. Uzyskano normalizację wyników, samopoczucie pacjentki uległo poprawie (ciśnienie tętnicze 120/60 mm Hg, ultrafiltracja 300–600 ml, masa ciała 54,9 kg — spadek o ok. 2 kg).

Podjęto działania dotyczące ponownego włączenia hormonalnej terapii antykoncepcyjnej przy zmianie dawki dializy. W pierwszym i drugim tygodniu fazy estrogenowej chora stosowała standardowe 3 wymiany płynu dializacyjnego o stężeniu glukozy 1,5% oraz 1 wymianę płynu o stężeniu glukozy 2,3% w objętości 1500 ml. W trzecim tygodniu cyklu zalecono 2 wymiany na dobę standardowego płynu dializacyjnego o stężeniu glukozy 1,5% i 2 wymiany o stężeniu glukozy 2,3% w objętości 1500 ml. Niewielkie jednorazowe objętości płynu dializacyjnego były dostosowane do fizjonomii pacjentki (drobna budowa, niska masa ciała) oraz uwarunkowane obawą przed wystąpieniem potencjalnych powikłań związanych z zaciekiem poza otrzewną (stan po usunięciu przepukliny).

Opisany schemat dializy okazał się bardzo korzystny, pozwolił bowiem uzyskać u chorej

**Tabela 1.** Charakterystyka opisu przypadku

Rok	Historia choroby
2004	Nadciśnienie tętnicze
2004	Przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek z zespołem nerczycowym w wywiadzie, leczenie m.in. cyklofosfamidem, prednizonem, cyklosporyną — niediagnostyczna biopsja nerki
2005	Usunięcie guzka piersi prawej (gruczolakowłókniak)
2011	Ciąża I — poród — cięcie cesarskie (34. tydzień ciąży)
2011	Jaskra wtórna pozapalna lewego oka, przewlekłe zapalenie rogówki lewego oka w wywiadzie, stan po przebyciu pólpaśca lewego oka
2011	Niedokrwistość wtórna nerkopochodna
2013	Przemijający atak niedokrwienny + beznapadowe podejrzenie epilepsji (od 2,5 roku brak konieczności obserwacji neurologicznej)
2013	Zaćma początkowa lewego oka
2015	Implantacja cewnika Tenckhoffa
2015	Incydent zapalenia otrzewnej (dwukrotnie)
2015	Operacja przepukliny pępkowej, plikacja kresy białej (wrzesień)
2015	Zgłoszenie do transplantacji nerki

**Tabela 2.** Schemat dawki dializy

Lp.	Data	Dni tygodnia	Typ	Liczba wymian	Objętość	Ca 2+	Płyn 1	Płyn 2	Płyn 3	Płyn 4	
1	28.05.2015	7	CADO	4	1300	1,25	1,5	1,5	1,5	1,5	
2	10.07.2015	7	CADO	4	2000	1,25	1,5	1,5	1,5	1,5	
3	29.09.2015	7	CADO	4	500	1,25	1,5	1,5	1,5	1,5	Po operacji przepukliny
4	15.10.2015	7	CADO	4	1300	1,25	1,5	1,5	1,5	1,5	
5	04.03.2016	7	CADO	4	1300	1,25	2,3	1,5	2,3	1,5	
6a	10.03.2016	7	CADO	4	1300	1,25	1,5	1,5	2,3	1,5	1.–2. tydzień cyklu
6b	10.03.2016	7	CADO	4	1300	1,25	2,3	1,5	2,3	1,5	3. tydzień cyklu
7a	20.06.2016	7	CADO	4	1500	1,25	1,5	1,5	2,3	1,5	1.–2. tydzień cyklu
7b	20.06.2016	7	CADO	4	1500	1,25	2,3	1,5	2,3	1,5	3. tydzień cyklu

wyrównanie ciśnienia tętniczego, normalizację masy ciała oraz poprawę ogólnego samopoczucia. Ponadto umożliwiał stosowanie rozpoczętej wcześniej antykoncepcji hormonalnej i kontynuację dotychczasowego leczenia farmakologicznego. Szczegółowy opis historii choroby zawarto w tabeli 1.

W lipcu 2016 roku pacjentka otrzymała wezwanie do przeszczepienia nerki i została przekazana do jednego z ośrodków transplantacyjnych.

## DYSKUSJA

Przypadek chorej opisanej w niniejszym artykule stanowi przykład dobrze wykorzystanych możliwości modyfikacji leczenia dializą otrzewnową. Identyfikacja przyczyny powstającego przewodnienia ma kluczowe znaczenie

dla ciągłości terapii. Z powodu bardzo młodego wieku pacjentki i konieczności leczenia nerkozastępczego terapia hormonalna była w tym wypadku jedyną metodą ochrony przed skutkami niepożądanego ciąży, co jednak łączyło się niewątpliwie z niekorzystnym działaniem zastosowanego leczenia hormonalnego. Wynika stąd, że w sytuacjach wyjątkowych możliwe jest osiągnięcie sukcesu terapeutycznego przy dużym zaangażowaniu pacjenta. Duże znaczenie ma indywidualizacja dawki dializy dla każdego chorego (tab. 2). Planowanie zmiany schematu dializy wymaga również edukacji pacjenta jako wykonawcy zmodyfikowanych zaleceń dializacyjnych. U opisywanej chorej uzyskano oczekiwany efekt leczenia, co wiąże się z poprawą ogólnego samopoczucia oraz zachowaniem poczucia bezpieczeństwa u pacjentki.

►► Identyfikacja przyczyny powstającego przewodnienia ma kluczowe znaczenie dla ciągłości terapii ◀◀

## STRESZCZENIE

Ocena przewodnienia u pacjentów leczonych nerkozastępczo stanowi istotny problem kliniczny. Jest to związane z trudnościami w procesie usuwania nadmiaru wody z organizmu chorego, a jednocześnie z wykorzystywaniem wody jako elementu terapii. Jedną z zalet stosowania dializy otrzewnowej jest zachowanie diurezy resztkowej przez możliwie dłu-

gi czas. Niektóre leki mogą powodować problemy z utrzymaniem diurezy resztkowej, a zarazem stanowić przyczynę przewodnienia. W niniejszym artykule przedstawiono przykład dializowanej otrzewnowo pacjentki, u której wystąpiło znaczne przewodnienie związane ze stosowaniem antykoncepcji hormonalnej.

**Forum Nefrol 2016, tom 9, nr 4, 257–260**

**Słowa kluczowe: dializa otrzewnowa, hormonalna terapia antykoncepcyjna**

---

## Piśmiennictwo

1. Rutkowski B. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej. *Via Medica*, Gdańsk 2009; 1: 286–289.