

Bibliografie

1. Джаналиев Б.Р., Варшавский В.А. Первичные гломерулопатии: частота, динамика и клинические проявления морфологических вариантов. Арх. Патол. 2002, №2, с.32-34.
2. Coman I., Miu N., Stanca D.V., Bizo A. Infecțiile de tract urinar la copii. Abordare nefro-urolologică. Ed. Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, 2003.
3. Tașcă C. Curs de morfopatologie. Editura ALL. București, 2007, p.249-270.

DISFUNCTIA NEUROGENĂ A VEZICII URINARE LA COPII

Victor Roller

Laboratorul "Infecții chirurgicale la copil"

Summary

Neurogenic dysfunction of bladder in children

The analysis of the investigation results of 312 children with urinary dysfunction has been presented. In order to assess the detrusor function, retrograde cystometria, urination frequency evaluation and uroflowmetria were performed. On the base of complex investigation was established that hyperreflexory type of neurogenic bladder prevailed. In the treatment preference to complex therapy was given.

Rezumat

Examinării au fost supuși 312 copii cu disfuncție neurogenă de vezică urinară. Funcția detrusorului s-a efectuat prin cistometria retrogradă, ritmul urinării și uroflowmetrie. Studiul a determinat frecvența majoră a tipului hiperreflector de vezica neurogenă. În tratament a fost dat preferință terapiei complexe.

Introducere

Disfuncția vezicii urinare constituie o entitate distinctă din punct de vedere clinic, patogenetic și al tratamentului prin faptul că este o complicație a unor anomalii congenitale reno-urinare, a altor dobândite, cât și în traumatismele spinale, etc.

Diversificarea tehnicilor de diagnostic funcțional a contribuit la completarea etiopatogeniei originii și frecvenței disfuncției de vezică urinară la copii. S-a constatat că la copil disfuncția vezicii urinare este condiționată nu de starea anatomică a arcurilor reflectorii, ci de un șir de modificări fiziologice de dezvoltare, care de regulă pot avea caracter temporar și care tind să dispară la vârsta de 12-14 ani. Totodată disfuncția de vezică urinară, pe lângă dereglările de micțiune la marea majoritate pacienților contribuie la asocierea complicațiilor ca infecțiile tractului urinar (cistita, pielonefrita acută sau cronică, bacteriurie asimptomatică), în marea majoritate din cazuri fiind recidivante sau rezistente la tratament antibacterian.

Diagnosticul precoce, restabilirea micțiunilor normale, tratamentul enurezisului, sunt elementele de bază în profilaxia modificărilor renale grave, deseori ireversibile care pot contribui la insuficiență renală cronică.

Explorarea clinico-paraclinică în vezică urinară neurogenă cea mai utilă rămâne:

- Evaluarea manifestărilor clinice
- Explorările urodinamice a căilor urinare inferioare
- Examinarea stării neurologice a căilor urinare inferioare

Ne propunem în cele ce urmează o analiză a diagnosticului și tratamentului copiilor cu vezică urinară neurogenă.

Material și metode

Studiul dat a fost realizat pe 312 copii, 119 băieți și 193 fete, cu vezică urinară neurogenă. Vârsta pacienților a fost între 4 și 16 ani

Din punct de vedere clinic am remarcat că 93,5% bolnavi au prezentat dereglări micționale (polakiurie, micții imperioase, incontinență de urină), la 8,1% disfuncția a avut un caracter subclinic și s-a apreciat exclusiv cu ajutorul metodelor funcționale de diagnostic sau în timpul examenului urologic efectuat la pacienții cu infecții urinare. La 0,7% din pacienți dereglările micționale s-au asociat cu incontinența de mase fecale, fapt ce indică la prezența dereglărilor concomitente de inervație a vezicii urinare și a rectului.

Putem conchide că la un șir de pacienți sa subsemnat rolul diagnostic al evaluării clinice a dereglărilor de micțiune, iar la alți bolnavi chiar sau ignorat. Astfel, menționăm că evaluarea clinică a dereglărilor de micțiune și a investigațiilor instrumentale funcționale a vezicii urinare ca la verigi ale unui proces de diagnostic unic.

La 221 bolnavi au fost depistate dereglări ale funcției de rezervor a vezicii urinare, iar la 50 – dereglări ale funcției evacuatorii.

Examenul urologic a inclus anamneză, manifestările clinice, monitoringul ritmului micțional, ultrasonografia căilor urinare superioare, teste de laborator, urografia excretorie, cistoutero-grafia micțională, cistoadaptometria retrogradă, cistoscopia, urofloumetria radionucleidică, etc.

În baza examenului efectuat sau constatat următoarele aspecte clinice:

- ✓ enurezis – în 75,4% din cazuri
- ✓ micțiune imperioasă – 69,4%
- ✓ dereglare imperioasă sau incontinență de urină diurnă - 72,3%
- ✓ polakiurie - 59,3%
- ✓ micțiune îngreuiată în porții mari - 4,2%
- ✓ creșterea volumului efectiv de dimineață a vezicii urinare - 16,5%.

Simptomele date sau întâlnit în diverse combinații.

S-a stabilit, că polakiuria, micțiunile imperioase și incontinența diurnă de urină în diferite stări au fost caracteristice pentru disfuncțiile hiper- și normorelectorii, iar micțiunile rare - pentru disfuncțiile hiporelectorii.

Se face impresia că pentru fiecare formă de disfuncție sunt caracteristice anumite semne clinice ce depind de caracterul și intensitatea dereglărilor de micțiune. Pe când semnele clinice date au permis de a suspecta patologia, dar și nu a concretiza caracterul disfuncției. Remarcăm că numai manifestările clinice completate cu cele paraclinice ale urodinamicii au oferit informații prețioase despre starea funcției de rezervor și evacuatoare a vezicii urinare și permeabilitatea uretrei.

Rezultate și discuții

Problema esențială în vezica urinară neurogenă este ca aceasta să fie diagnosticată cât mai precoce posibil, pentru că bolnavul să nu fie supus unui șir nesfârșit de intervenții diagnostice. Totodată , ușor de enunțat teoretic, acest principiu este dificil de transpus în practica clinică, deoarece majoritatea pacienților cu vezică urinară neurogenă se prezintă tardiv, la etapa când deja sau asociat complicațiile.

În pofida acestei dificultăți sugerăm câteva din criteriile care stau la baza unui diagnostic precoci în vezică urinară neurogenă:

- ✓ cefaleea, astenia, vărsături, diaree, frisoane, dureri la micțiune
- ✓ debut prin complicații: polakiurie, puroi sau sânge în urină, sensibilitate la palparea suprapubiană

Astfel, în baza investigațiilor efectuate din lotul de 312 copii cu vezică urinară neurogenă la 221 bolnavi (71%) a fost diagnosticată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiperreflector. Semnul comun caracteristic pentru disfuncțiile de tip hiperreflector a

fost excitabilitatea crescută a arcului reflector spinal - hiperreflexia, care în mare măsură este determinată de sensibilitatea crescută a detrusorului față de mediatorul sistemului nervos - acetilcolina, determinată la rândul ei de dereglări de dezvoltare ale funcțiilor neuromusculare.

Diapazonul simptomatologiei clinice în disfuncțiile de tip hiperreflector este foarte larg: de la absența totală a semnelor clinice până la dereglări severe a micțiunii. În lotul studiat în 78% din cazuri au fost diagnosticate dereglări diurne de micțiune. Analizând datele anamnezice și ritmul micțional, am constatat că la acești copii este diminuată proprietatea de acumulare și continență a vezicii urinare pe contul hiperreflexiei.

În unele cazuri disfuncția vezicii urinare sa manifestat doar în timpul schimbării poziției corpului (trecerea de la poziție orizontală în poziție verticală) din care motiv a obținut denumirea de disfuncție posturală. Un semn important de diferențiere a variantelor posturale, servește creșterea volumului efectiv a vezicii urinare în prima micțiune după somn, când acumularea urinei a avut loc în poziție orizontală.

De menționat că anamneză și determinarea ritmului micțional oferă doar date de prezumție despre starea funcțională a vezicii urinare, din care motiv am efectuat cistometria retrogradă. În cazul vezicii urinare hiperreflectorii neinhibate este caracteristic micșorarea pragului de sensibilitate (prima senzație de micțiune apare la un volum al vezicii urinare de $31,9 \pm 3,2$ ml, micșorarea pragului de volum până la $13,1 \pm 4,3$ ml).

Semnul de bază este hipertensiunea intermitentă intravezicală pe parcursul întregii perioade de umplere a vezicii urinare ca rezultat al contracțiilor spontane, neinhibate ale detrusorului. Funcția aparatului sfincterial nu suferă. Presiunea maximă intrauretrală la toți bolnavii investigați a corespuns indicilor normali ($89,1 \pm 2,1$ ml col. H₂O).

La 50 bolnavi (16 %) aflați sub supraveghere a fost constată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiporeflexor. Bolnavii cu vezică urinară hiporeflexorie, de regulă, au micțiuni rare (nu mai multe de 2 - 4 în 24 ore), în porții mari. Numărul mediu de micțiuni a constituit $2,8 \pm 0,6$, volumul efectiv mediu al vezicii urinare fiind de $310 \pm 20,7$ ml, maxim - $548 \pm 31,4$ ml.

Cistometria retrogradă aduce informații suplimentare despre starea vezicii urinare. Investigația dată a permis de a aprecia micșorarea pragului de sensibilitate (deviere spre dreapta), Prima senzație de micțiune la copii a apărut la umplerea vezicii urinare în mediu până la $191 \pm 23,1$ ml, volumul maxim de $366,1 \pm 41,9$ ml.

Hiperextensia cronică a vezicii urinare cauzată de hiporeflexie a contribuit la modificarea structurii celulelor epiteliale și detașarea lor, iar deplasarea fibrelor și fasciculelor musculare a condus la formarea unor cavități cu invadarea lor de microorganisme, prezența urinei reziduale a contribuit la multiplicarea florei bacteriene.

Tratamentul medical al vezicii urinare neurogene în fazele cu asocierea complicațiilor este indicat pentru a obține ameliorări sau amânări de indicații operatorii. Deci pentru rezolvarea cu succes a problemei indicate la momentul actual nu există o metodă sau schemă universală de tratament.

Conchidem că pacienții cu vezică urinară neurogenă nu pot fi tratați cu un singur preparat, dar necesită o schemă complexă care include terapia antibacteriană, preparate care restabilesc funcțiile de rezervor și de evacuare a vezicii urinare.

Concluzii

1. Disfuncția neurogenă a vezicii urinare se întâlnește frecvent la copii la care predomină tipul hiperreflector și în marea majoritate de cazuri se asociază cu complicații.
2. Copiii cu dereglări micționale (polakiurie, enurezis, incontinență de urină, micțiuni rare) necesită un examen urologic și neurologic complex.
3. Complexul de investigații paraclinice obligatorii includ: evaluarea ritmulului micțional, cistometria retrogradă, urofloumetria, urosonografia. La pacienții cu suspiciune la obstrucție infravezicală se va efectua obligator cistouretrografia.

4. Tratatamentul vezicii urinare neurogene include preparate ce ameliorează funcția de rezervor și evacuatoare a vezicii urinare, iar la asocierea infecției se indică terapia antibacteriană.

Bibliografie

1. Bolduc S., Upadhyay J., Payton J. et al. The use of tolterodine in children after oxybutynin failure // *BJU Int.* 2003. V. 91. № 4. P. 398–401
2. Feng W.C., Churchill B.M. Dysfunctional elimination syndrome in children without obvious spinal cord diseases // *Pediatr. Clin. North Am.* 2001. V. 48. № 6. P. 1489–1504.
3. Lettgen B., von Gontard A., Olbing H. et al. Urge incontinence and voiding postponement in children: somatic and psychosocial factors // *Acta. Paediatr.* 2002. V. 91. № 9. P. 978–984.
4. Muller L., Jacobsson B., Marild M., Hellstrom M. Detrusor thickness in healthy children assessed by a standardized ultrasound method // *J. Urol.* 2001. V. 166. № 6. P. 2364–2367.
5. Thomas D.R. Pharmacologic management of urinary incontinence // *Clin. Geriatr. Med.* 2004. V. 20. № 3. P. 511–523.
6. Борисова С.А. Оптимизация лечения нейрогенной дисфункции мочевого пузыря у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 24 с.
7. Вишневский Е.Л., Лоран О.Б., Вишневский А.Е. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания. М.: ТЕРРА, 2001. 96 с.
8. Вишневский Е.Л., Гельдт В.Г., Николаев С.Н. Диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря у детей раннего возраста // *Детская хирургия.* 2002. № 3. С. 48–54.
9. Вишневский Е.Л., Пугачев А.Г. Недержание мочи у детей // *Материалы пленума правления Российского общества урологов.* М., 2001. С. 179–189.
10. Никитин С.С. Обоснование и эффективность сочетанного применения М-холинолитиков и альфа-адреноблокаторов при лечении детей с гиперактивным мочевым пузырем: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2006. 23 с.
11. Осипов И.Б., Смирнова Л.П. Нейрогенный мочевой пузырь у детей. СПб.: Питер, 2001.

CHISTURILE NEPARAZITARE ALE SPLINEI LA COPII

¹Stanislav Babuci, ²Alexandru Jalbă, ³Virgil Petrovici, ³Alexei Berbeca

Laboratorul „Infecții chirurgicale la copii”¹

Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică, USMF „Nicolae Testemițanu”²

IMSP IC și OSM și C³

Summary

Non parasitic spleen cysts in children

On the base of literature data the authors presents a review of the problem of non parasitic spleen cysts; the classification, clinical picture, diagnostic and treatment aspects are highlighted. Concomitantly, the results of the original morphologic study of the spleens of 10 children with primary congenital lienal cysts are elucidated.

In conclusion is mentioned that the election of conservative or surgical tactics in the management of non parasitic spleen cysts depends on the size and localization of the cyst, and partial or total splenectomy still remains the main option in the treatment of lienal cysts in children.

Rezumat

În baza datelor literaturii de specialitate autorii prezintă o trecere în revista a problemei chisturilor lienale neparazitare, fiind specificate aspectele ce țin de clasificare, tabloul clinic, de diagnostic și tratament, sunt elucidate rezultatele unui studiu morfologic pe 10 cazuri de chisturilor congenitale primare ale splinei la copii.