



Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie «Nicolae Testemițanu»



UROLOGIE ȘI NEFROLOGIE CHIRURGICALĂ

— Curs de prelegeri — Sub redacția A. Tănase —



Chișinău 2005

Capitolul V

PTOZA RENALĂ

(Conf. Dr. E. Ceban)

Definiție. Sub *ptoza renală* subînțelegem starea de mobilitate patologică, în care rinichiul se deplasează din loja sa, situându-se mai jos ca în normă. Datorită mobilității patologice, la schimbarea poziției corpului său, rinichiul își mărește hotarele (limitele) fiziologice. De aici și sinonimul nosologic – *mobilitate patologică a rinichiului*.

Frecvența. La femei mai frecvent ca la bărbați (10:1), preponderent pe dreapta. Incidența patologiei este de 1,5% la femei și 0,1% la bărbați în vârstă de 25–40 ani.

Etiologie și patogeneză. În reținerea rinichiului la un nivel normal un rol important îl au ligamentele peritoneale, loja renală cu fascii, diafragma, mușchii peretelui abdominal și aparatul adiposfascial propriu al rinichiului. Apariția ptozei renale e condiționată preponderent de patologia aparatului lui ligamentar.

Fixarea rinichiului drept e asigurată de plăcile peritoneului ce acoperă rinichiul anterior și formează o serie de ligamente – lig. hepatorenal și lig. duodenorenale. Rinichiul stâng este fixat de lig. pancreaticorenale și lig. lienorenale. Un rol considerabil în fixarea rinichiului îl joacă capsula fibroasă, ce aderă intim la bazinetul renal, trecând în piciorușul renal și contopindu-se cu teaca vasculară. O parte din fibrele capsulei renale intră în componența fasciei ce acoperă piciorușele diafragmei. Această porțiune a capsulei joacă un rol de bază în fixare și se numește *ligamentum suspensorium renis*. O însemnătate mare în păstrarea poziției corecte a rinichiului are capsula ei adipoasă. Micșorarea volumului acestei capsule contribuie la apariția ptozei renale și rotației rinichiului.

Printre factorii patogenetici ce schimbă aparatul ligamentar al rinichiului și predispune la dezvoltarea ptozei renale se numără și maladiile infecțioase inflamatorii, ce micșorează activitatea mezenchimului, contribuie la scăderea considerabilă a ponderii, micșorarea tonusului mușchilor peretelui abdominal etc. Deseori ptoza renală poate fi o parte componentă a splanhioptozei.

Cauza frecventă a ptozei renale sunt traumele însoțite de ruperea ligamentelor sau formarea unui hematom al polului superior al rinichiului, ultimul se poate deplasa totodată din loja sa.

Ptoza renală la femei este mai frecventă ca la bărbați, datorită particularităților constituționale ale organismului feminin, și anume: un bazin mai larg, micșorarea tonusului peretelui abdominal în urma gravidității și nașterilor; o dispunere mai joasă a rinichiului pe dreapta și un aparat ligamentar mai puternic la rinichiul stâng.

Clasificare. Distingem 3 grade de nefroptoză:

Gradul I – în poziția verticală a corpului, la inspirație se palpează bine segmentul inferior al rinichiului, care la expirație se deplasează din nou sub rebordul costal.

Gradul II – în poziția verticală a corpului, tot rinichiul iese de sub rebordul costal, însă în poziție orizontală se reîntoarce sau se introduce nedolor manual la locul său obișnuit.

Gradul III – rinichiul în întregime iese din rebordul costal, ușor se deplasează în bazinul mare sau mic, atât în poziție verticală, cât și în poziție orizontală.

În *gradul II*, la deplasarea rinichiului se asociază și rotația lui, care deseori e însoțită concomitent de tracțiunea vaselor piciorușului renal.

În *gradul III* pot apărea flexuri fixate ale ureterului, dereglarea pasajului urinar, dilatarea sistemului calicebazinetal. Extensia și îngustarea arterei renale poate contribui la hipertensiunea arterială, dereglarea pasajului în v.renală și la hipertensiune venoasă renală și hemoragie fornicală. Asocierea pielonefritei în ptoza renală poate fi complicată cu perinefrită și ptoză renală fixată.

Simptomatologie și evoluție clinică. În gr.I simptomele ptozei renale sunt minore și neobservate, se disting dureri surde în regiunea lombară cu caracter nepermanent, ce se întetesc la efort fizic și dispar în repaus sau în poziția orizontală a corpului.

Cu mărirea dislocării durerile cu simptomele maladiei se întetesc. Apar dureri în tot abdomenul, ce iradiază în spate.

Începând cu gr. II, se poate depista proteinurie și eritrociturie neînsemnate.

În gr. III durerile devin permanente, nu dispar chiar în poziția orizontală a bolnavului, ceea ce provoacă diminuarea considerabilă a capacității de muncă.

Complicațiile ptozei renale:

- colică renală
- proteinurie
- hematurie și eritrociturie – hemoragie fornicală
- leucociturie și piurie – pielonefrită
- hipertensiune arterială
- hidronefroză

La unii pacienți, prezența pielonefritei sau a hipertensiunii arteriale poate fi semnul clinic inițial al ptozei renale.

Pielonefrita – cea mai frecventă complicație a ptozei renale. Staza venoasă și dereglarea pasajului urinei, care se depistează în ptoza renală, creează condiții pentru sedimentarea infecției în țesutul interstițial al rinichiului.

Hemoragia fornicală la ptoza renală e provocată de hipertensiunea venoasă la încetinirea circulației sanguine în rinichi (stenoza venei renale). În mare măsură această hipertensiune poate duce la ruperea venelor zonei fornicale. Iată de ce ea apare, de obicei, la efort fizic și dispare în repaus total sau poziție orizontală.

Hipertensiunea arterială în ptoza renală poartă un caracter vasorenal, drept cauză a căreia servesc dereglările hemodinamice ce apar în urma micșorării lumenului arterei renale la extensie și torsiune. Pe lângă aceasta, existența îndelungată a ptozei renale se poate solda cu formarea stenozei fibromusculare a arterei renale, care provoacă hipertensiune arterială.

Hidronefroza poate apărea în gr.III al ptozei renale, ca urmare a flexurii fixate a ureterului, comprimării lui de către un vas aberant sau aderență cicatriceală.

Diagnostic. Acuzele – dureri surde în regiunea lombară în poziția verticală, care se întetesc la efort fizic și dispar în poziția orizontală a corpului.

- *Anamnetic* – boli infecțioase, inflamatorii, traume, micșorarea ponderii, nașteri multiple, lucru legat cu efort fizic major.
- *Examenul general* – tip constituțional astenic, țesutul adipos subcutan slab dezvoltat, micșorarea tonusului muscular al peretelui abdominal.
- *Obiectiv* – la palpate se determină gradul ptozei renale (I, II, III).

Metoda de bază în diagnosticul ptozei renale este investigația radiologică:

Urografia excretorie se execută în pozițiile orizontală și verticală (ortostatică). Deplasarea rinichiului în jos în poziția verticală a corpului mai mult de 1,5 de vertebră, în comparație cu poziția orizontală, confirmă diagnosticul de ptoză renală.

Scanarea rinichilor (scintigrafia renală) și *renografia radioizotopică* contribuie la aprecierea suplimentară a poziției și stării funcționale a rinichiului și mobilității patologice.

Aortografia – se folosește în ptoza renală complicată cu hipertensiune arterială și la diferențierea ptozei de distopia rinichilor.

Examinarea sedimentului urinar poate confirma asocierea infecției renale pe un rinichi ptozat.

Diagnostic diferențial. În primul rând, este necesar de a diferenția ptoza renală de distopia renală. Pentru aceasta folosim:

- ecografia,
- urografia excretorie,

- pielografia retrogradă,
- aortografia.

Apariția hematuriei, în urma palpării rinichilor, poate sugera o tumoră renală, fapt ce necesită investigații ecografice, tomografie computerizată sau aortografie.

Tratament:

- conservator
- chirurgical
- simptomatic

Tratamentul conservator în ptoza renală necomplicată se aplică mai frecvent în gr.I al bolii. El include folosirea bandajului. Bandajul se execută individual și se aplică dimineața, în poziție orizontală, până la ridicarea din pat. Purtarea bandajului e necesar de a fi combinată cu un complex special de exerciții fizice pentru întărirea mușchilor peretelui abdominal și alimentație abundentă pentru mărirea stratului țesutului adipos în jurul rinichiului.

Tratamentul chirurgical. Indicații pentru acesta servesc durerile ce diminuează considerabil capacitatea de muncă a bolnavului, pielonefrita rezistentă la tratament conservator, hipertensiunea vasorenală (ortostatică), hipertensiunea venoasă renală cu hemoragie fornicală, hidronefroză, nefrolitiază.

Contraindicații – splanhnoptoză generală, vârsta înaintată a bolnavilor.

Tratamentul chirurgical constă în fixarea rinichiului în loja lui normală – *nefropexie*. Condiția de bază ce se impune în intervenția chirurgicală este necesitatea îmbinării unei fixări bune a rinichiului cu păstrarea mobilității fiziologice a lui. Operația nu trebuie să schimbe axa fiziologică a rinichiului, să nu provoace procese inflamatorii în jurul lui sau dereglarea pasajului urinar.

Sunt cunoscute mai mult de 150 metode de nefropexie, care pot fi împărțite în următoarele grupuri:

1. Fixarea rinichiului cu ligaturi trecute prin capsula fibroasă sau parenchimul rinichiului.
2. Fixarea prin capsula fibroasă fără suturarea ei.
3. Fixarea rinichiului cu materiale aloplastice.
4. Fixarea cu țesuturi extrarenale (țesut celular paranebral, mușchi) cu sau fără suturarea capsulei fibroase.

Cele mai răspândite intervenții chirurgicale din primul grup sunt: operația *Федоров* – fixarea rinichiului cu catgut Nr.5 de capsula fibroasă la coasta XII; – Metoda *Kely – Dodson* (analgetică) fixarea se face nu numai de coasta XII, dar și de mușchii regiunii lombare. Principiile metodelor *Albaran – Marion, Vogel, Narath* constau în fixarea rinichiului la coasta XII cu ajutorul lambourilor.

În grupul 3 de operații pentru fixarea rinichilor sunt folosite diferite materiale aloplastice, sintetice – capron, nailon, perlon, teflon cu sau fără perforații în formă de fâșii, rețele, suspensoare, care, de asemenea, fixează rinichiul de coasta XII (Ciurienko, Murvanidze).

Cele mai fiziologice din punctul de vedere al condițiilor indicate la nefropexie sunt intervențiile chirurgicale din grupul IV. La ele se referă operațiile prin care nefropexia se obține cu ajutorul lambourilor musculare:

Metoda Rivoir – cu lambou de *musculus psoas* se fixează rinichiul de coasta XII, dar lipsește rinichiul de mobilitatea fiziologică. Pentru a îmbina o bună fixare și mobilitate a rinichiului, este recomandată modificarea acestei metode după *Pâteli – Lopatkin*, astfel fiind numită metoda *Rivoir – Pâteli – Лонамкув*: din *m.psoas* se obține un lambou de 1–1,5 cm grosime, care distal este ligaturat și secționat. Pe suprafețele anterioară și posterioară ale rinichiului se fac incizii în capsula fibroasă de 2 cm, cu un interval de 3–4 cm între ele. Pe acest parcurs se execută un tunel subcapsular, în care este introdus capătul liber al lamboului muscular. Ultimul se fixează pe suprafața anterioară a rinichiului cu capron.

Sunt propuse câteva modificări ale operației *Pâteli – Lopatkin*, în cazul existenței unui vas aberant la segmentul inferior al rinichiului (metoda *Mazo* – dedublarea lamboului muscular).

Perioada postoperatorie.

Bolnavului i se instituie regim la pat, timp de 21 zile. Primele 7 zile, membrele inferioare vor fi cu 20–25 cm mai ridicate. Concomitent, se indică terapie antiinflamatorie și simptomatică. De obicei, prognosticul este favorabil, recidivele maladiei sunt rare și survin în urma nerespectării tehnicilor operatorii.

Bibliografie selectivă

1. Лопаткин Н. А., *Урология*, «Медицина», Москва, 1982 г.
2. Лопаткин Н. А., *Оперативная урология*, Ленинград, «Медицина», 1986 г.
3. Nicolescu D., *Urologia*, București, 1990.
4. Lucan M., *Tratat internațional de tehnici chirurgicale urologice*, Cluj-Napoca.