

MEGAURETER REFLUXANT LA BĂIEȚI

A.Curajos, B.Curajos, V.Dzero, J.Bernic, L.Seu, V.Celac

Centrul Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Chișinău

Summary

The refluxing megaureter is often combined with congenital stenosis of the posterior urethra. Diagnosis and early correction of the congenital stenosis of posterior urethra is a binding condition for a suitable treatment of this joint anomaly. After removing of the infravesical obstruction child's organism keeps the ability of ureter's and renal cavity's contraction.

Introducere. Megaureterul refluxant (MU) prezintă o problemă serioasă a urologiei pediatrice și necesită o aplicare diferențiată a metodelor de diagnostic și de tratament, în funcție de cauza MU care deseori este combinată cu alte anomalii ale tractului urinar.

Obiective. Optimizarea rezultatelor tratamentului MU refluxant la băieți în combinație cu stenoza uretrei posterioare prin ameliorarea procedeeleor de diagnostic și de tratament.

Materiale și metode. Studiul este bazat pe analiza datelor examinărilor și tratamentului aplicat la 43 băieți cu MU refluxant, care paralel cu semnele de proces recidivant-inflamator al tractului urinar prezentau și acuze dizurice: micții frecvente, strangulate cu chemări imperative, incontinență parțială a urinei diurne, enurezis. Copiii au fost supuși examinării clinico-paraclinice, cu examinare USG, cistomanometriei, cistouretoscopiei, urografiei i/v, cistouretrografiei (CUG) micționale, scintigrafiei și calibrării uretrei cu bujii olivare.

Rezultate. Din tot lotul de pacienți, MU bilateral a fost depistat în 25 de cazuri și unilateral în 18 cazuri. Metoda „screening” este USG, care ne permite depistarea dilatării ureterelor și a cavităților intrarenale, prezența urinei reziduale în v/urinară. La băieții au predominat semnele generale: neliniște, hipertermie „acazală”, leucociturie, semne ale dereglării sistemului digestiv: vome, diaree, anorexie. La băieții mai mari de 3 ani pe prim-plan erau acuzele dizurice. Stenoza congenitală a uretrei posterioare (SCUP) a fost depistată la CUG

în 34 cazuri, la 9 pacienți SCUP a fost depistată prin calibrarea uretrei cu bujii olivare (la CUG tabloul stenozei uretrei posterioare nu s-a înregistrat din cauza îndreptării torentului maxim în uretere). Pacienții au fost supuși corecției chirurgicale prin 2 modalități: 1) efectuarea uretrotomiei ca primă etapă, pauză aprox.6 luni, cu tratamentul conservativ al disfuncției vezicale; plastia antereflux proc.Lich-Gregoir și Mebel în modificare proprie (a 2-a etapă); 2) uretrotomia a fost efectuată simultan cu plastia antereflux (cu aplicarea cateterului transuretral permanent). Analiza rezultatelor tratamentului chirurgical ne-a demonstrat că în cazurile de MU refluxant, efectuarea uretrotomiei transuretrale într-un bloc cu plastia a/reflux dă aceleași rezultate ca și corecția în 2 etape. În timpul studiului au fost înregistrate 7 cazuri de recidive ale RVR, 4 dintre care din cauza diagnosticării tardive a SCUP (după aplicarea plastiei a/reflux). În timpul supravegherii dinamice a fost observată capacitatea organismului copilului de a contracta ureterele și cavitățile intrarenale, care niciodată nu revin la dimensiuni normale.

Concluzii:

1. Băieții cu MU bilateral necesită efectuarea obligatorie a calibrării uretrei cu bujii olivare.
2. SCUP și MU la băieți necesită diagnosticare cât mai precoce.
3. SCUP în îmbinare cu RVR refluxant poate să nu fie întegritată la CUG, din cauza torentului maxim îndreptat în uretere și poate constitui cauza insuccesului plastiilor a/reflux.
4. În MU refluxant poate fi aplicată benefic uretrotomia transuretrală într-un bloc cu plastia a/reflux.
5. După înlăturarea obstrucției infravezicale și plastia a/reflux, organismul copilului își păstrează capacitatea de contracție a ureterelor și a cavităților intrarenale.

REFLUX VEZICO-RENAL LA COPII

A. Buza, N. Starciuc, V. Șaptefrați, N. Ramal

Spiatalul clinic municipal de copii „V. Ignatenco”,

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Based of the date permeting the conservative treatment which is indicated in vezico-ureteral reflux of grade 1 -11, neurogenic urinary bladder. In the reflux of grade 111, 1V, V in the base of neurogenic urinary bladder the operativ tretment is contraindicated till the restabilisation of the urinary bladder function. All patients vezico-ureteral reflux need to exclud the infravezical obstruction and the chronic inflammatory process.

Introducere. Refluxul vezico-renal (RVR) la copii este cea mai controversată problemă de diagnostic și de tratament, atât conservator, cât și chirurgical. Este stabilit, că frecvența RVR la copii este diversă și se întâlnește în 49% până la 1 an, în 29% de cazuri la 1 an și până la 12 ani și numai în 4,4 % la copiii mai mari de 12 ani (Williams D., 1974; Ransley P., 1981, ș.a). Diminuarea frecvenței RVR la copiii mai > 12 ani se explică prin maturizarea mecanismului anrireflux ca o consecință de alungire a segmentului intramural a ureterului. Afectarea interstițială a parenchimului

renal, care apare în urma RVR și infectarea precoce a sistemului urinar, pot contribui la dezvoltarea insuficienței renale cronice sau a hipertensiunii arteriale.

Obiective. Studiarea rezultatelor tratamentului diferențiat în RVR la copii.

Material și metodă. Sub observație s-au aflat 212 copii cu RVR, tratați în Secția Urologie, spitalul municipal „V.Ignatenco” în ultimii 10 ani. Tramentului conservator au fost supuși 158 pacienți, cu reflux de gr. I-II (unilateral - 112, bilateral – 46) asociat cu disfuncții vezicale neurogene de diferite tipuri; iar intervențiilor chirurgicale au fost supuși 54 bolnavi cu reflux de gr.III-V, inclusiv RVR bilateral 26 pacienți. Neoureterocistotomia a fost efectuată după procedeele Perovic.

Rezultate. În funcție de tipul disfuncției neurogene a vezicii urinare (VUN), tratamentul complex a inclus: tratament medicamentos (atropinizare, driptan, spasmex), fizioterapeutic și antiinflamator în VUN hiporeflexorie. În VUN hipoactivă –

cateterismul vezical periodic, prozerină, galantamină. Durata tratamentului s-a extins pe parcursul a 3-4 ani. Cistouretrogramele de control efectuate peste 0,5, 1 și 3 ani nu au relevat recidive de reflux, nefroscintigrafia dinamică cu evoluție pozitivă. La 6 bolnavi cu RVR unilateral de diferite grade s-a efectuat tratamentul endoscopic cu implantarea subureterală de DEFLUX (Firma Q-Med, Suedia) și s-au înregistrat rezultate pozitive. Rezultatele intervențiilor chirurgicale antireflux au fost satisfăcătoare (absența refluxului, sumarul de urină normal, funcțiile renale stabile) la 48 de copii. La 6 copii, peste 6 luni postoperator, au fost depistate recidiva refluxului de diverse grade și dereglări ale funcției renale. La toți copiii s-a stabilit

recidivă pe fundal de cistită cronică, disfuncție vezicală neurogenă. Bolnavii au primit tratament, reoperați cu rezultate bune.

Concluzii:

1. Tratamentul conservator al RVR este indicat în gradele I-II, asociat cu vezică urinară neurogenă.
2. În RVR de gr. III-V, asociat cu vezică urinară neurogenă sau cu cistită cronică, tratamentul chirurgical este contraindicat până la restabilirea funcției vezicii urinare.
3. Toți bolnavii cu RVR necesită excluderea obstrucției infravezicale și a proceselor cronice inflamatorii.

FOLOSIREA STENTULUI URETRAL ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL A HIPOSPADIASULUI LA COPII

A. Buza, A. Tănase, N. Starciuc, M. Bîrsan, V. Șaptefrați, N. Ramal, O. Scurtu
*Spiatalul clinic municipal de copii "V. Ignatenco",
 Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău*

Summary

Introducing urethral stent allowed us to decrease the essential number of complication after a urethral plastic specially for the patients more than 12-13 years old and adolescents. I decreased two times numbers of external urethral orifice stenosis and reduced the formation of the urethral fistula for 25% of patients.

Introducere. Hipospadiasul se raportează la malformațiile congenitale a uretrei și este foarte răspândit, incidența fiind de 1:200-1:300 de nou-născuți (băieți). Există mai multe clasificări ale hipospadiasului, bazate preponderent pe schimbarea poziției (ectopiei) orificiului uretral extern. În practica noastră, pentru aprecierea tacticii de tratament, inclusiv a celei chirurgicale, apelăm la repartizarea pacienților în trei loturi: *cu hipospadias distal, proximal și hipospadias fără hipospadias*.

La hipospadiasul distal se referă formele glandulare, coronare, subcoronare și formele joase peniene, fără curbarea penisului. Acestor pacienți li se efectuează plastia de uretră într-o singură etapă.

Hipospadiasul proximal include formele peniene, scrotale și perineale îmbinate cu deformare pronunțată a corpurilor cavernoase. Acestor pacienți li se aplică plastia de uretră într-o singură etapă – înlăturarea hordei cicatrizante și formarea uretrei de tip Dakket sau Kayanaghi.

Hipospadiasul fără hipospadias se atestă în cazurile de curbare a penisului fără ectopia orificiului extern al uretrei. Tactica de tratament operativ depinde de gradul de curbare și se recurge la plastia de uretră de tip Dakket, Nesbit. Exigențele cosmetice contemporane dictează formarea orificiului extern uretral la apexul glandului penian. Totuși țesuturile spongioase ale glandului penian sunt sensibile la mobilizarea largă și la incizia operatorie. Edemul postoperator și creșterea pronunțată a presiunii în segmentul glandular al neouretrei deseori duce la formarea fistulelor

uretrocutate, mai des întâlnite la copiii de după 14-15 ani. Din aceste motive majoritatea chirurgilor preferă formarea meatului extern al uretrei la nivelul șanțului balanic. Plastia de uretră se efectuează pe o sondă Nelaton, corespunzătoare după mărime vârstei bolnavului, care, pe parcursul perioadei postoperatorii, deseori provoacă uretrite și cistite.

Materiale și metodă. O alternativă de derivare a urinei este epicistostomia troacără sau cea deschisă și stentul uretral. În perioada 1999 – 2006 au fost tratați 104 copii cu hipospadias cu vârsta de la 2 și până la 18 ani, cu hipospadias distal și proximal. În primul lot (68) au intrat copii operați până la vârsta de 12 ani, cu derivarea urinei postoperator cu sondă uretrală pentru 8-12 zile. În al 2-lea lot (36 copii) au fost pacienți cu hipospadias de diferite localizări (vârsta 12-18 ani). Derivarea urinei s-a efectuat prin epicistostomie suprapubiană troacără sau deschisă și prin stent uretral de 3-4 cm.

Rezultate. Rezultate satisfăcătoare am înregistrat în primul lot la 58 de bolnavi, în al doilea lot - la 30 de pacienți, la 16 bolnavi din ambele loturi s-au dezvoltat fistule uretrale și la doi - stenoza meatală. Fistulele uretrocutate au fost înlăturate prin suturarea țesuturilor adiacente cu ajutorul tehnicii de mărire la 6 luni de la tratamentul chirurgical al hipospadiasului, stenoza meatală a fost rezolvată prin meatoplasi.

Concluzii. Utilizarea stentului a contribuit la prevenirea dezvoltării uretritelor și a cistitelor postoperatorii, cistalgiiilor, disconfortului din bazinul mic. Copiii cu stent uretral au fost activi și nu au acuzat dureri deja de la a 2-a -3-a zi. În rezultatul metodei aplicate, a fost diminuat esențial numărul de complicații, inclusiv cu 50% numărul de stenoze ale orificiului uretral extern și cu 25% formarea de fistule uretrale, preponderent la pacienții mai mari de 12-13 ani și la adolescenți.