

Analiza retrospectivă a pacienților operați a depistat următoarele complicații: recidiva refluxului - la 8% copii (tehnica Gregoir), după alte tehnici - 4%. În 3 cazuri s-a depistat obstrucție în segmentul intramural cu ureterohidronefroza.

### Concluzii

Se poate afirma că cheia dezlegării acestei importante suferințe a aparatului urinar constă în executarea corectă și sistematică a examenului funcțional radiologic ce va stabili și atitudinea terapeutică.

Refluxul vezico-renal de gr. I-III fără dereglarea funcției renale se tratează conservativ. Dacă sunt dereglări de funcție este indicat tratament chirurgical.

Considerăm ca operația de selecție utilizarea tehnicii Gregoir, la pacienții cu reflux de gr. II-III. Avantajul acestui procedeu constă în faptul că se execută extravezical și nu se atinge sistemul fibromuscular al ostiumului și al trigonului. În caz de reflux gr. IV-V cu ureter sinusoid se efectuează rezecția ureterului în 1/3 inferioară fără modelarea lui și ureterocistoneoanastomoză cu procedeu antireflux.

Pacienții cu RVR necesită o supraveghere cel puțin pe parcurs de 5 ani.

### Bibliografie

- Schaeffer A. J. Infection of urinary tract. Campbell's Urology, 7-th Edition, 1998, v.1, P. 533-614
- McCarty J.M., Richard G., Huck W. et al. A randomized trial of short-course ciprofloxacin, ofloxacin or trimethoprim/sulfamethoxazole for the treatment of acute urinary tract infection in women. Am J Med. 1999; 106: 292-9.
- Вишневицкий Е.А., Гусев Н.Б. Обоснование лечения нейрогенного мочевого пузыря пикамелоном у детей с миелодисплазией. Детская хирургия. 1998, № 3. С. 22-25.
- Зоркин С.Н., Сенцова Т.Б. Роль микрофлоры кишечника в развитии пиелонефрита у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Детская хирургия. 1998, № 4. С. 17-21.
- Козанская И.В., Бабанин И.А. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 35-39.
- Лопаткин Н.А. Пугачёв А.Г. Кудрявцев Ю.В.// Урология. - М., 2002. - С. 47-50.
- Осипов И.Б. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 151-154.
- Пугачёв А.Г. // Материалы 3-го Российского форума « Хирургия 2001». - М., 2001. - С 424-428.

## NOSOLOGIA CLINICĂ A ENUREZISELOR COPILULUI ȘI EVALUAREA BOLNAVILOR ÎN MEDICINA PRIMARĂ

P. Mogoreanu, N. Iahimovici, A. Curajos

Catedra Pediatrie FPM, USMF «N. Testemițanu»

### Summary

*Study of 1181 children with enuresis show an existence of enuresis's, but not enuresis. Distinguish 5 groups: enuresis caused by anomalies of development of kidneys and urinary path's (38,6%), enuresis caused by disorders of nervous system (33,3%), enuresis caused by primary pielonephritis (24,2%), enuresis caused by dismetabolic disorders of water-salt exchange (2,9%), primary hereditary enuresis (1%). Diagnostic algorithm is described.*

### Actualitatea

Enurezele prezintă afecțiuni frecvente la copii, fiind definite ca emisie involuntară a urinei la copil în vârstă de peste 5 ani. Metodele terapeutice existente în prezent sunt efective numai la un număr mărginit de copii. Una din concepțiile ultimilor ani ai secolului trecut privind enurezele constă în individualizarea tratamentului diferitor forme a enurezisului (P. Cochat, P. Meunier, 1995; H. Conda, P. Cochat 1995; V. Hurdiuc, D. Băjenaru, 1995; G. Lasfargues, 1997). Individualizarea tratamentului necesită în primul rând un diagnostic cauzal precis.

**Scopul lucrării** constă în stabilirea structurii nosologice a enureziselor la copii, care ar permite și individualizarea tratamentului.

### Material și metode

În acest scop au fost investigați 1181 bolnavi cu enureze, aflați la tratament în clinicele de nefrologie, neurologie și urologie timp de trei ani. Au fost studiate minuțios anamneza și împrejurările heterocolaterale ale copiilor, datele obiective, rezultatele investigațiilor obișnuite, a imagisticii re-

nourinare. Deasemenea sau studiat rezultatele urofluometriei și electroencefalografiei.

**Rezultate**

În baza investigațiilor efectuate au fost evidențiate 5 grupe de copii bolnavi de enurezise (Tabelul nr. 1). Prima grupă o alcătuiau 456 (38,6%) copii cu anomalii reno-urinare, a doua grupă copiii cu patologia sistemului nervos 393 (33,27%), a treia grupă a inclus copiii cu infecții primare a tractului reno-urinar – 286 (24,2%) a patra cu dereglări metabolice – 34 (2,87%), a cincea cu enurezis primar ereditar – 12 (1%). Experiența acumulată pe parcursul studierii a 1181 copii ne-a permis de a elabora algoritmul diagnostic pentru copii cu enureze (Fig. Nr. 1).

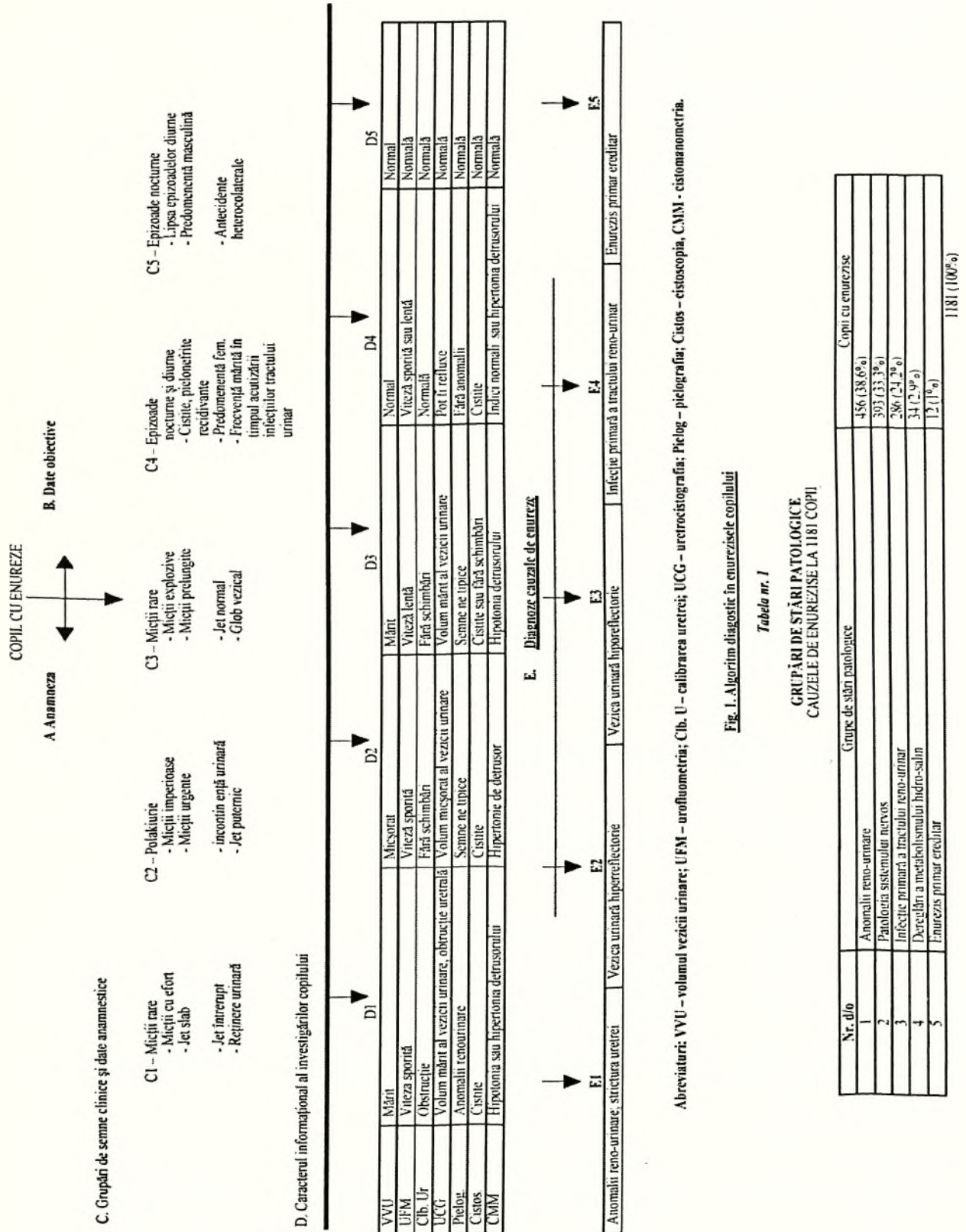


Fig. 1. Algoritm diagnostic în enurezisele copilului

Tabela nr. 1

**GRUPĂRI DE STĂRI PATOLOGICE CAUZELE DE ENUREZISE LA 1181 COPIL**

Nr. d/o	Grupe de stări patologice	Copii cu enurezise
1	Anomalii reno-urinare	456 (38,6%)
2	Patologia sistemului nervos	393 (33,3%)
3	Infecție primară a tractului reno-urinar	286 (24,2%)
4	Dereglări a metabolismului hidro-salin	34 (2,87%)
5	Enurezis primar ereditar	12 (1%)
		1181 (100%)

Abrevieri: VVU – volumul vezicii urinare; UFM – urofluometria; Clb, Ur – calibrarea uretrei; UCG – uretrocistografia; Pielog. – pielografie; Cistos – cistoscopia, CMM – cistomanometria.

### **A.B. Anamneza**

Chiar din debutul efectuării acestei lucrări, cât și recomandări din unele surse literare ne-am convins în prioritatea unei anamneze cu întrebări atât copilului, cât și părinților. Medicul de familie trebuie să devină prietenul familiei copilului cu enurezis.

În primul rând se stabilea dacă copilul suferă de enurezis, sau pierderile involuntare de urină sunt rezultatele unui defavor a copilului în familie (psihoeemoțional sau socioeconomic). Afară de întrebările generale caracteristice pentru orice anamneză, anamneza unui copil cu enurezis includea obligatoriu: frecvența epizoadelor de «nopti ude» (cel puțin două epizoade în timp de o lună), frecvența micțiilor (rare < 3-4 ori în zi, polakiurie > 6 ori în zi), caracterul jetului (slab, normal, rapid, întrerupt, cu efort). Cea mai frecventă modalitate cu care ne-am confruntat era determinată de lipsa posibilității de a acumula această informație de la familie la prima întâlnire. În acest scop familiei se propune o înregistrare strictă a numărului micțiilor și volumul urinei emise. În condițiile staționarului în toate probele de urină emisă se mai determină și capacitatea specifică. Privitor caracterului jetului cea mai precisă informație era obținută în timpul micțiilor în prezența medicului. Incontinența urinară era ușor stabilită în toate cazurile.

Important este de a concretiza dacă copilul nu prezintă semne de poliurie, polidipsie, constipații sau encoprezis. Relațiile în familie cât și în școală cu colegii și profesorii, comportamentul copiilor aduc o informație importantă în aprecierea integrală a diagnosticului la copil.

Rezultatele trezirii din somn a copilului cu enurezis, caracterul somnului, deasemenea sunt stabilite în convorbire cu familia copilului.

Ce mai grea parte a anamnezei la copii cu enurezis sa adevărat a fi anamneza familială efectuată în scopul concretizării existenței enurezisului la părinți în prezent, deoarece părinții ascund aceste date. Mulți din ei nu cunosc dacă au suferit sau nu de enurezis în copilărie. Extrem de greu era o astfel de concretizare privitor bunicilor copilului.

### **C. Datele obiective**

Examinarea fizică a fost efectuată obișnuit cu o deosebită atenție în examinarea organelor urogenitale exterioare, palparea abdomenului. Examinarea neurologică obligatoriu includerea studiului inervației membrelor inferioare, coloanei vertebrale, spațiului perianal, starea reflexelor. Toți copiii au fost examinați de psihoneurolog, urolog iar în cazuri necesare și de alți specialiști.

### **D. Grupări de semne clinice și date anamnesticale ale enurezului**

În C1, C2, C3, C4, C5 sunt expuse cele mai informative semne clinice și unele împrejurări caracteristice pentru diferite forme de enurezis la copii.

### **E. Caracterul informațional al investigațiilor**

copiilor conține schimbările caracteristice pentru diferite grupe de copii cu enurezise.

Ulterior toate datele anamnesticale, obiective și rezultatele investigațiilor instrumentale au fost grupate conform indicelui informațional. Aceste date alcătuiesc diagnozele cauzale ale enureziselor – E în algoritm.

S-a adevărat, că cea mai numeroasă grupă de copii cu enurezise are ca substrat anomalii renourinare. Particularitățile acestor anomalii constă în: 1) prezența infecției reno-urinare la 82,2% de bolnavi ai acestui grup; 2) predominarea anomaliilor uretrale atât sinestătătoare cât și în asociație cu anomalii renale sau vezicale, care au fost depistate la 52,6% bolnavi ai acestui grup. Principalele semne clinice ale enurezisului la acești copii au fost determinate de micții rare, micții cu efort, jet slab, jet întrerupt, retenție urinară. Investigările efectuate au demonstrat mărirea vezicii urinare, viteza sporită a urinei în timpul jetului, obstrucții uretrale depistate prin calibrarea uretrei, volum mărit al vezicii urinare și obstrucție uretrală, cistite, hipertonia detrusorului.

Următoarele două grupe de bolnavi cu enurezis sunt determinate de patologia heterocronică a maturizării sistemului nervos vegetativ. Aceste două stări patologice patogenetic și clinic contrapolare sunt numite vezica urinară hiperreflexorie, determinată de predominarea activității parasimpaticusului și vezica urinară hiporeflexorie cauzată de predominarea activității simpaticusului. În aceste grupe de bolnavi nu au fost incluși copiii cu retard mintal sau handicap pronunțat determinat de afecțiunii a sistemului nervos. Hiperreflexia vezicii urinare a fost constatată la 350 (69%) bolnavi, hiporeflexia – la 43 (11%) copii. Infecția urinară a fost diagnosticată numai la 17% copii.

Principalele manifestări clinice a vezicii urinare hiperreflexorie erau alcătuite de: polakiurie, micții imperioase și urgente, incontinență urinară, jet puternic. Aceste manifestări clinice erau însoțite de un volum micșorat al vezicii urinare, viteza sporită a urinei în timpul jetului, volum micșorat al vezicii

urinare, hipertonia a detrusorului. La copii cu enureze determinate de vezica urinară hiporeflexorie erau depistate micții rare, explozive, prelungite, jet normal, glob vezical. Investigările adăugătorii au depistat volum vezical mărit, cistite, hipotonia detrusorului.

La copii cu enureze determinate de infecții reno-urinare se întâlneau epizode nocturne și diurne, cistite și pielonefrite recidivante cu mărirea frecvenței de epizode enuretice în timpul acutizării procesului inflamator, predominau fetițele. Schimbări a investigațiilor paraclinice cu caracter informațional specific nu se întâlnesc.

Enurezisul primar ereditar diagnosticat numai la 12 (1%) copii deasemenea nu prezenta nici manifestări clinice specifice, nici schimbări ai parametrilor investigațiilor suplimentare. Ca particularități ale enurezisului la acești copii pot fi socotite epizode nocturne, predominanța masculină și cel mai principal, antecedente heterocolaterale.

Așadar, datele obținute de noi confirmă părerea lui Gerard Lasfargues (1997), ca exista nu un singur enurezis, ci enureze. Pentru diagnosticul lor precis este nevoie de investigații clinice și paraclinice care pot fi efectuate în condițiile de ambulatoriu, cât și în staționar. În tabelul nr. 2 este propusă clasificarea clinică de lucru a enureziselor copiilor care poate fi folosită pretutindeni în medicina primară.

**Tabela 2**

### **CLASIFICAREA DE LUCRU A ENUREZISELOR LA COPII**

#### **1. Forma.**

##### **1.1. Enurezele ereditare**

##### **1.1.1. Enurezisul primar ereditar**

##### **1.1.2. Enureze secundar altor boli ereditare**

##### **1.1.2.1. Anomaliilor renourinare cu sau fără infecție a tractului renourinar.**

##### **1.1.2.2. Patologia sistemului nervos**

##### **1.1.2.3. Dismetabolismul hidro-salin**

##### **1.2. Enurezise dobândite**

##### **1.2.1. Enurezise în infecție primară a tractului urinar**

##### **1.2.2. Enurezise postraumatismale**

##### **1.2.2.1. A sistemului nervos**

##### **1.2.2.2. Traumatisme multiple cu afectarea coloanei vertebrale sau a bazinului**

##### **1.2.3. Stări neurotice și psihoreactive**

#### **2. Dezvoltarea cronobiologică**

##### **2.1. Primar**

##### **2.2. Secundar**

#### **3. Complicații**

##### **3.1. Dereglări psihoreactive**

##### **3.2. Infecții a tractului urinar**

##### **3.3. Refluxe vezico-ureterale**

Tratamentul enureziselor prezintă mai multe greutăți și include: pregătirea preterapeutică, tratament nozologic și a complicațiilor (infecții reno-urinare, a dereglărilor comportamentale și psihologice), dispensarizarea.

Pregătirea preterapeutică include în primul rând stabilirea precisă a diagnosticului. Pe parcursul tratamentului copilul ea parte activă limitând participarea familiei. Copilul în performanță trebuie încurajat, creându-i condiții pentru un strict regim dietetic și igienic. Deoarece 2/3 din copii cu enureze prezintă și infecție a tractului urinar este necesar de a efectua un tratament preventiv antibacterian al pielonefritei sau a cistitei.

Tratamentul chirurgical al anomaliilor reno-urinare și mai ales ale uretrei aduc la un efect pronunțat fără recidive ulterioare.

În tratamentul formelor determinate de heterocronia maturizării sistemului nervos vegetativ după un tratament minuțios al infecției urinare se aplică următoarele tratamente: pentru vezica urinară hiperreflexorie – electrofareză local-segmental cu atropină până la 3 cursuri anual în asocieră cu antidepresanți. Pentru vezica urinară hiporeflexorie este administrată electrofareză cu prozerină. La copii cu enurezis determinat de vezica urinară hiperreflexorie se mai administrau și preparate antiholiergetice.

Enurezele determinate de cistite recidivante necesita tratament sârguincios cu antibiotice și tratament local prin instilații cu antibiotice și substanțe care stimulează regenerația epitelială a mucozităților vezicii urinare.

În tratamentul enurezisului primar ereditar este folosit adiuretina. Doza de debut alcătuiește 1-2

picături în zi (7–14 mkg). Doza este adaptată cu mărirea sau micorarea ei și repaose de o săptămână după 6 luni de tratament.

### Concluzii

1. Nu există un singur enurezis, ci enureze.
2. Stabilirea unității nosologice a enurezisului se efectuează în formă de algoritm diagnostic.
3. Se deosebesc următoarele grupări de stări patologice în apariția enureziselor: anomalii renourinare, heterocronia maturizării sistemului nervos vegetativ, infecții severe ale tractului reno-urinar, enurezis primar ereditar.
4. Tratamentul enureziselor necesită individualizare maximală cu participarea activă a copilului.

### Bibliografia

1. P. Cochat, P. Meunier, M. Majo – Arch. Pediatr. 1995, 2, 57 – 64.
2. H. Conda, P. Cochat, ML Covailles – Arch Pediatr. 1995, 2, 65 – 69.
3. V. Hurdiuc, D. Băjenaru – Pediatria, 1995, 2, 29 – 37
4. G. Lasfargues – La revue du practisien, 1997, 47, 8 – 11.

## TRANSVERSE PREPUTIAL ISLAND FLAP TECHNIQUE FOR HYPOSPADIAS

**G. Gluck, M. Gluck**

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation  
«Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

### Video

**Introduction:** The preputial island flap can be used for urethral reconstruction in congenital or acquired defects.

**Method:** We describe the technique with transverse preputial island flap utilised as reconstructive procedure at a 9 years old male patient with medium penile hypospadias. He has had in the past 2 failures of surgical treatment. We try to point out the contribution of the artificial erection and release of the fibrous chordee for orthoplasty. The orthotopic position of the meatus is important for micturition and fecundation.

**Conclusions:** DUCKETT PROCEDURE is a surgical technique for hypospadias with good cosmetic, functional and emotional results.

## URODYNAMICS IN THE CHILD'S LOWER URINARY DISEASE

**L. Iliescu, C. Chibelean**

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation,  
«Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

**Objective:** The urodynamics aim is to establish the nature and causes of urinary symptoms at little patient after the vesico-urethral maturation.

**Material and Methods:** During 1996 and 2000 were studied in our center 54 children aged between 4 and 14 years, most of them admitted in «M.S. Curie» Pediatric Hospital from Bucharest. 70% were surgically treated in Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation (Prof. I. Sinescu) or at the Pediatric Surgical Department (Prof. Pesamosca). The urodynamic studies on children are more complicated than on adults due to the necessity of special equipment, active presence of urodynamic specialist and the pediatric also.

**Results:** The urodynamic disorders' maximum incidence appear after the age of 4 years when the bladder volume is adequate and the neurological center controlled the voluntary urethral sphincter and the detrusor contractility. Therefore, there were identified as causes: persistent urinary infections (80 cases), micturition difficulty or urine loss (60% cases) due to the congenital urinary malformations or neurological diseases (30% cases), sometimes mixed through their complexity (10%). The urodynamic investigation consists on: flowmetry, cystometry, EMG of the pelvic floor, combined studies including micturitional cystography, and in special cases were evaluated the detrusor and the bladder neck, the eventual vesico-ureteral ebb tide or other pathological causes (urethral valves, fistulas, ureterocele, etc).