

4. Лопаткин Н.А., Мазо Е. Б. Простая киста почки. – М., 1982.
5. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. Лапароскопическая резекция простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. – № 2. – С. 23 – 25.
6. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М. Видар. – 1996.
7. Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н., Балла А. А. Ультразвуковая томография в лечении простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. № 3. – С. 32 – 34.
8. Нуднов Н. В. Диагностические и лечебные пункции под контролем лучевых методов визуализации // Медицинская визуализация. – 1995. – № 4. – С. 35 – 38.
9. Самратов Т. У. Пункционно-аспирационное лечение полостных образований печени и околопочечного пространства под контролем УЗС. – Алма-Ата, 1996.
10. Харченко В. П. Клиническое значение транскутанных вмешательств на органах брюшинного пространства и малого таза под контролем ультразвукового сканирования // Лечащий врач. – 2000. – № 2. – С. 34 – 37.

URETEROCISTONEOSTOMIA

C. Gufu

Spitalul Clinic Feroviar, Clinica Urologie

Summary

In this paper is described the experience of Urologic Department of the Railway Hospital, regarding the pathology of the terminal ureter. The solving of this pathology was done using the ureteroneostomia procedure. The author uses different known surgical methods, as if: Leadbetter-Politano, Cohen, Hill procedures. The results of surgical investigations in early and follow-up periods on a group of 21 patients with the terminal ureter pathology in the primary reflux, tumoral disease and renal tuberculosis was used to the basis of this paper.

Introducere

Chirurgia ureterului terminal este una dificilă. Greutățile jîn afît de accesul anevoios către el, vecinătatea organelor de o importanță vitală și ușor traumabile (artera și vena iliacă), cît și de particularitățile anatomice și fiziopatogice ale subiectului studiat. (Ehrlich R.M., 1995; T. Burghete, 1967; H. Kremling, 1985).

În condiții normale joncțiunea uretero-vezicală permite intrarea urinei în vezică, acționînd ca un mecanism antireflux în timpul micțiunii. Refluxul vezico-ureteral este o stare patologică în care urina trece retrograd din vezică în uretere și rinichi, urmată de consecințe funcționale grave. Anomalia este cauzată de incompetența congenitală sau dobîndită a joncțiunii uretero-vezicale. (E. Proca, 1984).

Obiective

Scopul acestei lucrări este studierea eficacității metodelor de diagnostic și tratament chirurgical al patologiilor ureterului terminal.

Materiale și metode

Pe un lot de 21 bolnavi cu diferite patologii a ureterului terminal au fost efectuate 23 intervenții chirurgicale. Refluxul vezico-ureteral a fost evidențiat prin cistografie (10), cistouretrografie micțională (16) și scintigrafie (21). Refluxurile depistate erau unilaterale în 16 cazuri și bilaterale în 5 cazuri. După gradul de evaluare în varianta bilaterală refluxurile rămîneau deseori asimetrice. Accentuăm înaltul grad de evidențiere a refluxurilor cisto-ureterale prin metoda scintigrafiei radioizotopice. Intervențiile chirurgicale utilizate în cadrul acestui studiu sunt cunoscute, dar au fost utilizate în concordanță cu felul, gradul și particularitățile fiecărui caz în parte. Mai frecvent am utilizat următoarele metode:

- Leadbetter-Politano ce se caracterizează prin ureterovezicoplastie cu alunecare de ureter sub mucoasa vezicală;
- Cohen ce presupune alunecarea submucoasei urterului disecat și rezecat;
- Hill cu formare de manșon în jurul porțiunii implantate.

Conform patologiei depistate pacienții au fost împărțiți în 4 grupe:

1. Pacienți cu tumori vezicale și prostatice, care afectau ureterul terminal cu o pronunțată stază renală - 6 pacienți;
2. Inclavarea cocrementului în ureterul terminal cu dereglări de nutriție a ureterului, formare de fistule și blocaj renal sever - 3 pacienți;
3. Afectarea tuberculoasă a rinichiului și ureterului terminal - 1 pacient;
4. Reflux pimar fără cauze concrete bine determinate - 11 pacienți.

Gradul refluxului primar a fost stabilit după Heikkel și Parkulainen, reeșind din aspectul ureterocistogramelor.

Drenarea renală s-a efectuat prioritar cu ajutorul sondei autostatice, care a fost menținută timp de 12 – 14 zile.

În cadrul investigațiilor și tratamentul pacienților studiați un rol deosebit a fost acordat studiului infecției urinare. În scopul depistării infecției urinare, urina s-a examinat atât prin metodele cunoscute, cât și prin metode de expres diagnostic, elaborate de T. Gheorghijă (a.2000). Determinarea infecției urinare expres permite urgentarea sanării căilor urinare, care la rândul său favorizează rezultatele intervențiilor chirurgicale.

Rezultate

Din numărul total de 23 intervenții chirurgicale efectuate la 21 pacienți, rezultate bune am obținut la 15 pacienți (refluxul nu s-a determinat postoperator), la 4 pacienți – rezultatele le-am considerat satisfăcătoare (refluxul persista, dar gradul evaluării era mai mic decât pînă la operație).

Din cazurile nesatisfăcătoare accentuăm cazul unei paciente, la care perioada postoperatorie (a 12-a zi după operație) s-a complicat cu apariția unei pielonefrite acute purulente (carbuncul renal) și septicemie, fiind impuși să efectuăm nefrectomia. Un alt caz nesatisfăcător după operație (peste 6 luni), s-a manifestat printr-o evoluare considerabilă a ureterohidronefrozei gr. 5 după Heikkel și Parkulainen, unde deasemeni s-a efectuat nefrectomie.

Un interes deosebit l-au prezentat 6 pacienți cu ureterohidronefroză, cauzată de afectarea tumorală a ureterului terminal. În situația cînd procesul tumoral era avansat (și înlăturarea tumorii imposibilă) intoxicarea tumorală se asocia cu uremie, ureterocistoneostomia servind drept un paliativ, care permitea prelungirea vieții pacienților. Această situație am considerat-o ca satisfăcătoare doar în aspect de evitare a uremiei.

Rezultatele cele mai bune – lipsa totală a refluxului vezico-ureteral le-am semnalat la pacienții cu reflux primar, operați după metoda Leadbetter-Politano cu utilizarea postoperatorie a sondei JJ.

În cazul afectării ureterului terminal de origine tuberculoasă implantarea ureterului a fost efectuată în bolta vezicii, într-un loc neafectat de procesul specific, după zece luni de tratament anti-tuberculos prealabil. Examenul urologic de peste un an nu a depistat o evaluare a procesului specific, și a celui de transformare hidronefrotică. La această pacientă am utilizat metoda intervenției chirurgicale după Hill din cauza transformărilor posttuberculoase, care au scurtat ureterul și nu ne-a permis efectuarea alunecării submucoase.

Concluzii

1. Subscriem la părerile altor urologi E. Proca, 1984; V. Tode, 2000; Н. Лопаткин, 1986; Д. Чухриенко, 1981., referitor la eficacitatea intervențiilor chirurgicale la ureterul terminal după metodele Leadbetter-Politano, Cohen și Hill, accentuînd asupra eficacității la pacienții cu reflux primar.
2. Afectarea ureterului terminal, în special bilaterală, de către infiltrarea tumorală duce la apariția ureterohidronefrozei bilaterale și la uremie (asociată cu intoxicația tumorală). Ureterocistoneostomia cu deplasarea ureterului în boltă, înlătură (deși temporar) pericolul uremiei, situație în care este binevenit tratamentul chimio- și radioterapeutic antitumoral.
3. În situațiile cînd afectarea tuberculoasă a ureterului terminal este limitată (după tratamentul antituberculos conservativ) este posibilă și efectivă ureterocistoneostomia după Hill. Operația Boari, în acest caz, nefiind obligatorie.

Bibliografie

1. Burghel Th. – Riscul ureterovezical în chirurgia abdominală și pelvină, Ed. Medicală, București, 1967;
2. Echipament microbiologic pentru diagnosticul rapid al patologiei infecțioase, - Gheorghijă T., Jurnal de medicină preventivă, V. 8 Nr. 2/2000 p.: 139 – 140.
3. Tratat de patologie chirurgicală, Vol. VIII, Urologie – Coordonator prof. dr. E. Proca. București. Editura medicală, 1984.
4. Tode V. – Urologie clinică. Constanța, 2000.
5. Н. А. Лопаткин, И. П. Шевцов – Оперативная урология, 1986.
6. Д. Чухриенко и соавт. – Атлас урогинекологических операций, Киев, 1981.
7. Horst Kremling und al. – Gynakologische urologie und nephrologie, Munchen-Wien-Baltimore, 1985, перевод на русский язык под редакцией А. Л. Шабда.
8. Schulman C – Les implantations ectopie de l'uretere. Acta Urol. Belg. 1972.
9. Ehrlich RM – The Ureteral Folding Technique For Megaureter Surgery, Urol., 1995, 134:668.