

ADRIAN REVENCO

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LA DISTANȚĂ ÎN HIDRONEFROZA CONGENITALĂ ȘI DOBÂNDITĂ LA COPII

*Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
„Natalia Gheorghiu”, Chișinău*

SUMMARY

RESULTS OF REMOTE SURGICAL TREATMENT IN CONGENITAL AND ACQUIRED HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Keywords: JPU – pyelo-ureteral junction, hydronephrosis.

This article is based on a retrospective study of a sample of 35 patients aged between 3 months and 17 years diagnosed and operated with congenital and acquired hydronephrosis grade III-IV. The surgeries were mainly performed by Hynes-Andersen method (resection and plasty of the pyeloureteral segment applying ureteropyelonephrostomy and pyelonephrostomy) to 31 patients, antivasular plasty of JPU and pyelolithotomy - 2 patients each. Nephrectomy has been performed to 2 children, 3 and 5 years following the initial surgeries, where renal function was compromised. Postoperative monitoring has been realised for a period of up to 5 years based on clinical-paraclinical examination (renal USG, i/v urography, dynamic renal scintigraphy). Results were found to be satisfactory in 29 (82,9%), relatively satisfactory in 2 (5,7%) and unsatisfactory in 4 patients (11,4%). It has been shown that earlier the diagnosis of hydronephrosis is established, sounder the results of remote surgical treatment and lower the complication rate, creating optimal conditions for further development and growth of renal tissue functional structures.

РЕЗЮМЕ

РЕЗУЛЬТАТЫ ОТДАЛЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ И ПРИОБРЕТЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: ПУС - пиелоуретеральный сегмент, гидронефроз.

Работа основана на ретроспективном исследовании группы из 35 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, госпитализированных и прооперированных по поводу врожденного и приобретенного гидронефроза III-IV степени. Операции проводились в основном методом Хайнса-Андерсена (резекция и пластика пиелоуретерального сегмента с применением уретеропиелонефро- и пиелонефростомии у 31 пациентов, антивазальная пластика ПУС-2 и пиелолитотомия у 2 пациентов. Односторонняя нефрэктомия после пластики проводилась у 2 пациентов через 3 и 5 лет, в котором почечная функция была нарушена. Послеоперационное наблюдение за пациентами было до 5 лет на основании клиничко-параклинического обследования (УЗИ почек, в/в урография, динамическая скинтиграфия почек). Удовлетворительные результаты составили 29 (82,9%), относительно удовлетворительно у 2 (5,7%) и неудовлетворительно у 4 пациентов (11,4%). Было доказано, что чем раньше установлен диагноз гидронефроза, тем более удовлетворительными являются результаты дистанционного хирургического лечения и снижение частоты осложнений, создание оптимальных условий для дальнейшего развития функциональных структур почечной ткани.

Introducere. Utilizarea ecografiei uterului gravid permite diagnosticarea multiplelor malformații congenitale, inclusiv cele reno-urinare. Cea mai frecventă malformație congenitală a sistemului urogenital este **hidronefroza** cu o pondere de 2,8 cazuri la 1000 de nou-născuți vii, ceea ce constituie aproximativ jumătate din toate anomaliile congenitale ale rinichilor [1,6,8]. Astfel problema tratamentului chirurgical al pacienților cu hidronefroza

rămâne actuală, mai ales prin faptul că rezultatele pe termen lung ale tratamentului sunt adesea nesatisfăcătoare. Tehnicile moderne ale urologiei plastice în hidronefroza la copii, actualmente nu au redus semnificativ numărul de nefrurerectomii [2,9,10]. Restabilirea în timp a funcției renale postoperator, cu păstrarea permeabilității complete a anastomozei depinde nu numai de momentul depistării patologiei, dar în special de corecția cât mai precoce

și de starea arhitectonicii congenitale a parenchimului renal [3,7]. Este demonstrat că gradul de permeabilitate a anastomozei pieloureterale prezintă un indicator important a eficacității tratamentului chirurgical al hidronefrozei congenitale [4,5,11].

Scopul lucrării: analiza rezultatelor la distanță a copiilor operați cu hidronefroză congenitală și dobândită, în IMSP IM și C, CNȘP de Chirurgie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, secția urologie anii 2013–2019.

Material și metode. Experiența noastră clinică se bazează pe un lot de 35 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 3 luni și 17 ani, operați cu hidronefroză gradul III-IV în cadrul Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” în perioada anilor 2013-2019. A predominat sexul masculin 24 (68,6%) comparativ cu sexul feminin 11 (31,4%). Datele analizate demonstrează faptul, că majoritatea pacienților au fost cu vârsta de la 3 luni - 5 ani 28 (80%), 6-11 ani - 4 (11,4%) și 12-17 ani - 3 (8,6%) pacienți. Partea afectată dreaptă 13 (37,1%) pacienți, partea stângă - 15 (42,9%) pacienți și la 7 (20%) pacienți procesul a fost bilateral (fig. 1).

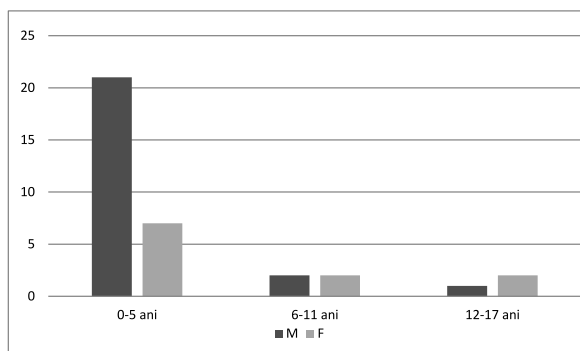


Figura 1. Repartiția pacienților, pe grupe de vârstă și sex

Diagnosticul a fost stabilit la toți pacienții în baza examenului clinico-paraclinic (indici biomorali, USG renală, urografia i/v, scintigrafia renală dinamică).

Intervențiile chirurgicale preponderent s-au efectuat prin metoda Hynes-Andersen (rezeția și plastia segmentului pieloureteral cu aplicarea ureteropielonefro- și pielonefrostomiei). Evaluarea pacienților postoperator a avut o durată de 5 ani. În perioada postoperatorie, ureteropielonefrostoma a fost menținută până la 8-9 zile și pielonefrostoma până la 10 zile. Antibioticoterapia în perioada postoperatorie s-a indicat în termen de 10 zile. După tratamentul chirurgical, toți pacienții au fost monitorizați prin examen de control la 1 lună și 6 luni, 1, 3 și 5 ani postoperator. Pacienții au fost investigați prin examen clinic și de laborator, prin ecografie renală, pentru aprecierea dimensiunilor rinichilor, a sistemului colector, precum și a parenchimului renal, aprecierea raportului calice / parenchim.

Pentru a aprecia starea morfo-funcțională a rinichiului operat și urodinamica căilor urinare superioare, urografia

i/v și scintigrafia renală dinamică s-a efectuat la 1, 3, și 5 ani, postoperator.

Rezultatele tratamentului chirurgical la distanță au fost stabilite în funcție de prezența sau absența recuperării urodinamicii și sunt prezentate în tabelul nr 1.

Tabelul 1

Aprecierea rezultatelor tratamentului chirurgical la distanță în hidronefroza congenitală la copii

	Satisfăcător	Relativ satisfăcător	Nesatisfăcător
Prezența semnelor clinice	Absente	Periodic neliniște cu sindrom algic	Episoade frecvente a pielonefritei
Analiza de urină	Fără schimbări patologice	Schimbări tranzitorii	Schimbări patologice
Ecografia renală	Micșorarea dimensiunilor SCB	Lipsa micșorării dimensiunilor SCB	Creșterea dimensiunilor SCB
Urografia i/v	Lipsa dereglărilor urodinamice în SPU	Evacuare încetinită a contrastului din bazinet	Lipsa de evacuare a contrastului din bazinet
Scintigrafia renală dinamică	Îmbunătățirea funcției renale	Lipsa dinamicii pozitive	Dinamica negativă a funcției renale

Rezultate. La internare pacienții au prezentat agitație, calificate ca sindrom algic la 18 (51,4%) pacienți, febră acuzală la 9 (25,7%), dereglări de micție la 1 (2,8%). Studiul arată că la 16 (45,7%) pacienți diagnosticul a fost stabilit prenatal la examenul ecografic al uterului gravid și la 19 (54,3%) pacienți ocazional postnatal prezentând următoarele semne clinice: dureri colicative în abdomen, febră inexplicabilă, dereglări de tranzit intestinal, modificări a sumarului urinei.

În studiul dat au predominat pacienții cu hidronefroză de gr.IV, elucidate în tabelul 2.

Tabelul 2

Gradul hidronefrozei la spitalizare

GR.III	GR.IV
15 copii (42,9%)	20 de copii (57,1%)

Printre cauzele hidronefrozei depistate intraoperator au fost: stenoza JPU – 28 de pacienți, inserție înaltă a ureterului-3 pacienți, vas aberant – 2 pacienți și calcul în JPU la 2 pacienți. La 31 de pacienți (33 rinichi), dintre care la 2 pacienți cu proces bilateral s-a efectuat intervenția chirurgicală prin metoda Hynes-Andersen (rezeția și plastia segmentului pieloureteral cu aplicarea ureteropielonefro- și pielonefrostomiei), la 2 pacienți, s-a efectuat plastia antivazală a JPU. S-a apreciat vas polar anormal „Ekehorn” din artera renală care încrucișă anterior joncțiunea pieloureterală și pielolitomie – la 2 copii prezentând calculi 1,0x1,5 cm, care obturau JPU fiind cauza hidronefrozei dobândite (figura 2). Intervalul de spitalizare în medie a constituit 24 de zile. Complicații precoce în perioada postoperatorie nu au fost.

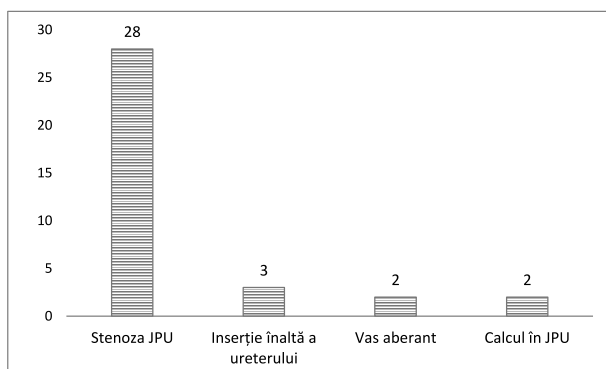


Figura 2. Repartiția pacienților după cauza obstrucției

Rezultatele evaluării la distanță postoperator, prin USG și urografie i/v, sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Gradul hidronefrozei postoperator, evaluat la distanță

I	II	III	IV
15 (42,9%)	14 (40%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)

Rezultatele studiului dat au stabilit: satisfăcătoare la 29 (82,9%) pacienți la care pieloectazia a regresat considerabil și starea morfo-funcțională a rinichiului operat și a urodinamicii căilor urinare superioare s-au restabilit. Relativ satisfăcătoare s-a apreciat la 2 (5,7%) pacienți unde pieloectazia a regresat nesemnificativ și procesul de nefroscleroză nu a progresat. Rezultate nesatisfăcătoare au prezent 4 pacienți (11,4%). La 2 pacienți urodinamica parțial s-a restabilit, însă procesul de nefroscleroză a progresat. La alți 2 copii, necătând la intervenția chirurgicală efectuată s-a practicat nefrectomia unilaterală peste 3 și 5 ani, după plastie, din cauza diminuării progresive a funcției renale cu absența ei, cu instalarea progresivă, ireversibilă a nefrosclerozei. La acești copii examenul ecografic a indicat persistența dilatării enorme a SCB, reducerea parenchimului renal mai mult de ½ din grosime. Urografia i/v a relatat la minutul 6,12 și la 1h lipsa funcției de secreție și excreție a contrastului din rinichiul afectat (rinichi „mut” urografic). Scintigrafia renală dinamică a completat diagnosticul precizând curba renală de tip izolinie și funcția renală diminuată sub 15%.

Concluzii. 1. Pentru ameliorarea calității vieții copilului cu hidronefroză problema esențială este stabilirea diagnosticului precoce și momentul oportun al corecției chirurgicale.

2. În majoritatea cazurilor diagnosticul tardiv, complicațiile asociate au creat dificultăți în tratamentul medico-chirurgical, fiind urmate de recidive a infecției urinare.

3. S-a constatat: cu cât mai precoce este stabilit diagnosticul de hidronefroză și momentul oportun al corecției chirurgicale, cu atât rezultatele tratamentului chirurgical la distanță vor fi mai satisfăcătoare, iar rata complicațiilor mai mică, favorizând condiții optime

pentru dezvoltarea ulterioară a structurilor funcționale ale țesutului renal.

BIBLIOGRAFIE:

1. Адаменко, О.В., Врожденный гидронефроз у детей. Детск. Хир. 2002. (4): с.21-30.
2. Bernic, J., Curajos, B., Dzero, V., Revenco, A. et al. Managementul medico-chirurgical în uropatiile malformative la copii. În: Arta Medica. Revistă medicală științifico-practică. Ediție specială. Al VI-lea Congres de Urologie, Dializă și Transplant Renal din Republica Moldova cu participare internațională. Chișinău, nr. 4 (57) 2015, p. 90-92. ISSN: 1810-1852.
3. Curajos, B., Dzero, V., Seu, L., Zaharia, I., et al. Hidronefroza la copil. Particularități de diagnostic și tratament. Anale științifice. Asociația chirurgilor pediatri universitari. Vol. III, Chișinău, 2003, p. 57-59.
4. Lee, R., Cendron, M., Kinnamon, D., Nguyen, N. Antenatal hydronephrosis as a predictor of postnatal outcome. A Metaanalysis. Pediatrics. 2006, 118:586.
5. Ванюхин, В.А., Портнягина, Э.В., Юрчук В.А., Галактионова М.Ю., Дергачев Д.А., Эюбов И.Т. и др. Особенности Морфологической Картины Почек У Детей С Гидронефрозом. Мать И Дитя В Кузбассе. 2015; (1): 58–61.
6. Ганиев, Ш.С., Набиев, З.Н., Мирзоев, Р.К., Рахматов, А.И. Морфологическое обоснование выбора оперативного лечения врожденного гигантского гидронефроза у детей. Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. 2010; (4): 30–2.
7. Куражосб Б., Петровичб В., Куражосб А., Берникб Ж., и др. Определение морфологических изменений почек при гидронефрозе у детей методом пункционной биопсии. Anale științifice. Asociația Chirurgilor Pediatri Universitari. Chișinău 2006, p.52-55.
8. Лазюк, Г.И. Пороки развития мочевой системы. Тератология человека, руководство для врачей. Второе издание, Москва «Медицина», 1991, с.276-310.
9. Хворостов, И.Н., Зоркин, С.Н., Смирнов, И.Е. Тактика Лечения Пузырно-Мочеточникового Рефлюкса У Детей. Бюлл. Волгоградск. Научн. Центра Рамн. 2009. (4): 30-3.
10. Чугунова, О.Л., Панова, Л.Д. Факторы Риска И Диагностика Заболеваний Мочевой Системы У Новорожденных Детей. Российск. Вестн. Перинат. И Педиатр. 2010. (1); С.12-20].
11. Шарков, С.М., Яцык, С.П., Фомин, Д.К., Ахмедов, Ю.М. Обструкция Верхних Мочевыводящих Путей У Детей. Москва. Союз Педиатров России. 2012. 204 С. Isbn: 978-5-904753-17-7.