

Concluzii

1. Implementarea ecografiei a îmbunătățit diagnosticul și tratamentul miniminvasiv de urgență a patologiilor renale obstruative.

2. La pacienții decompensați, septici și intoxicați aplicarea NP are indicație vitală și reprezintă singura soluție de tratament.

3. Aplicarea NP în unele cazuri, ca pionefroza sau IRA obstructivă, este o metodă de elecție în prevenirea unor complicații majore incompatibile cu viața.

4. Rezultatele obținute au demonstrat că metodele miniminvasive ecoghidate au o serie de avantaje, printre care: diminuarea timpului de intervenție, folosirea anesteziei locale și doar în unele cazuri a celei i/v, lipsa cicatricelor postoperatorii, reducerea timpului de spitalizare a pacientului.

5. NP în caz de pionefroză a permis efectuarea nefrectomiei la rece după o perioadă de timp.

6. Scăderea cazurilor de NP cronologic se datorește implementării în clinică a metodelor endourologice, cum ar fi ureteroscopiile, care permit dezobturarea și drenarea căilor urinare superioare într-o etapă, ce coincide cu practica internațională.

Bibliografie

1. BOJA R., Chirurgia percutanată reno-ureterală, 2000, România, pag. 53-59, 347-375.
2. NICOLESCU D., Bazele chirurgiei endourologice, 1997, Timișoara, România.
3. TĂNASE A., Urologie și nefrologie chirurgicală (curs de prelegeri), 2005, Chișinău.
4. SINESCU I., Urologie clinică, 1998, București, România, 165-184.
5. BADEA R., DUDEA S., MIRCEA P., STAMATIAN F., Tratat de ultrasonografie clinică, Vol.II.
6. GEAVLETE P., Atlas of endourology, 2006, București, România.
7. ATUG F, BURGESS SV, RUIZ-DEYA G, MENDES-TORRES F, CASTLE EP, THOMAS R. "Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts." Urology, 2006; 68:272-5
8. YOO KH, LEE SJ, JEON SH., KYUNG HEE, Simple renal cyst sclerotherapy with acetic acid: our 10-year experience. J Endourol. 2008 Nov;22(11):2559-63.
9. OSMAN M., CARROLL P.R. Laparoscopic marsupialization of a simple renal cyst, J Urol. 1993 Nov;150(5 Pt 1):1486-8.

NEFROSTOMIA PERCUTANATĂ METODĂ DE ELECTIE ÎN REZOLVAREA BLOCULUI INFRARENAL ÎN NEOPLASMELE UROGENITALE AVANSATE (CAZ CLINIC)

THE PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY - METHOD OF CHOICE TO SOLVE THE INFRARENAL BLOCK IN ADVANCED UROLOGICAL GENITAL NEOPLASM (CLINICAL CASE)

Boris Duda, Nicolae Ghidirim, Anatol Mustea, Ghenadie Gorincioi, Corneliu Iurcu

Departamentul Urologie Oncologică, Institutul Oncologic RM

Summary

Guided percutaneous nephrostomy in a large proportion of patients with advanced cancer which are unable to restore the overall condition and correct renal hemodynamic indices, is the first step of treatment, allowing us to perform a subsequent surgery, chemotherapy or radiotherapy. In the case presented a 57 year old patient with stage IIIb cervix Cr T3bNxMo, on a background of radiotherapy treatment, developed a infrarenal bilateral block, anuria, subcompensated renal failure. Due to the percutaneous nephrostomy, the patient continue to manage the radiotherapy rehabilitation treatment. Total tumor regression and 6 years survival was achieved.

Introducere

Uropatia obstructivă este o afecțiune care apare în rezultatul blocării fluxului de urină, în urma căreia are loc creșterea presiunii în sistemul colector și conduce la prejudiciul rinichiului. Întreruperea fluxului de urina rezultă în durere,

infecție, sepsis și pierderea funcției renale. Este o afecțiune, care pune viața în pericol și sunt necesare măsuri imediate pentru a decompresa rinichiul. Stentul retrograd, drenajul deschis al rinichiului și nefrostomia percutanată sunt modalități diferite disponibile în aceste cazuri. Nefrostomia percutanată

(NP) a parcurs un drum lung. Conceptul a evoluat din tehnica pielografiei anterograde, executate pentru prima dată în 1954 de Wickbom prin puncția percutanată a pelvisului renal. În următorul an, Goodwin și Casey au efectuat prima nefrostomie percutanată pentru drenajul unui rinichi cu căi urinare obstrucționate.

Materiale și metode

În perioada anilor 1970, dezvoltarea ecografiei și creșterea accesibilității acestei tehnici au determinat înlocuirea nefrostomiei chirurgicale cu metoda percutanată, aceasta, devenind un standard al tehnicilor uologice.

Indicațiile cu caracter general a NP:

- pacienții cu uropatie obstructivă litiazică, cu IRC acută urmata de grave tulburări electrolitice și/sau cu stare septică asociată, pe fonul infecției urinare consecutive obstrucției căii urinare principale.

- leziuni ureterale iatrogene după intervenții ginecologice („ureter ginecologic”), recunoscute imediat sau după constituirea stenozelor, și/ sau fistulelor urinare.

- intervenții reconstructive pe ureter sau joncțiunea uretero-vezicală, după care este necesar un drenaj eficient al urinei prin derivație urinară înaltă temporară și protecția zonei operate, care rămâne „uscată” până la completa vindecare a acesteia.

- IRA prin neoplasme invadate genital sau urinar cu punct de plecare din micul bazin (cancerul colului uterin, ovarian, vezicii urinare, prostatei, rectosigmoidului), fibroza retroperitoneală neoplazică, limfoame retroperitoneale sau după iradiere (colul uterin, vezica radică în evoluție „sufocă” ureterele).

- Stenozele ureterointestinale care nu pot fi rezolvate endoscopic sau au contraindicații pentru chirurgie deschisă. (9.10)

Contraindicațiile metodei includ coagulopatii severe necorectabile, refractare la terapia anticoagulantă, hipertensiune arterială necontrolată, afecțiuni terminale. [2, 3]

Complicațiile nefrostomiei

Complicațiile minore, care nu necesită tratament specific pot fi observate în 15% -25% dintre pacienții care suportă o manoperă de nefrostomie. Rata mortalității NP este de (0,046% -0,3%). Hematuria tranzitorie are loc aproape la fiecare pacient. Hemoragia severă sau care necesită transfuzie are loc la 1% -3% dintre pacienți. În cele mai multe cazuri, hemoragia semnificativă în momentul nefrostomiei poate fi controlată prin tamponada căii cu un cateter nefrostomic de diametru mic sau cu un balon dilatator pentru căile cu diametru mare. Sunt rare cazurile de hemoragie retroperitoneală importantă sau de hematoame perirenale subcapsulare, care se rezolvă spontan. Perforarea căilor urinare este un posibil accident, dar care se rezolvă prin inserarea unui stent ureteral sau chiar prin prezența nefrostomei. (6) Mai pot fi lezate structurile renale sau organele adiacente, printre care ficatul, splina, intestinul, dar și plămânul (0,1% - 0,3%). Intervențiile pe tractul urinar blocat prezintă un risc de complicații septice de 1% -2,5%. Prevalența complicațiilor septice la pacienții cu pionefroză, la care se instalează drenaj percutanat depășește 25%. Sepsisul este o potențială complicație la pacienții cu urină infectată, iar protecția cu antibiotice anterior intervenției scade acest risc. (3, 5)

Pregătirea pacientului implică evaluarea stării generale a homeostazei și uroculturii. Pacienților li se va face tomografie

computerizată, renografie sau ecografie. Se va obține acces venos și apoi se va efectua anestezia locală în asociere cu sedare conștientă.

Instrumentele necesare metodei sunt:

Ac de 18-gauge până la 22-gauge, ghiduri metalice, dilatoare de diferite mărimi, sondă tip pigtail sau cu balonaș, pungă colectoare. Pacientul este așezat în decubit lateral, se izolează câmpul de lucru, se realizează asepsia regiunii, anestezia regiunii, se identifică ecografic grupul caliceal posterior, se introduce acul pe linia axilară posterioară, se aspiră până la apariția primelor picături de urină, se introduce ghidul metalic, apoi, cu ajutorul acestuia, dilatoarele de teflon de diverse mărimi; după dilatarea traectului, se introduce pe ghidul metalic sonda de drenaj, se urmărește apariția urinei, se fixează la tegument și se conectează la punca colectoare.

Prezentare de caz:

În aprilie 2005 în policlinica Institutului Oncologic or. Chișinău s-a adresat pacienta B.L. în vârstă de 57 ani cu următoarele acuze: dureri în regiunea inferioară a abdomenului, eliminări sangvinolente din vagin, slăbiciune generală, scădere ponderală. Se consideră bolnavă din noiembrie 2004, când prima dată au apărut eliminările sangvinolente. Statusul ginecologic: organele genitale externe atrofiate, în oglinzi vaginul liber, îngustat în 1/3 superioară, colul uterin cu tumoră endofită care infiltrază spațiul parametral pe stânga până la oasele bazinului. Examenul ultrasonografic: rinichii bilateral – hidronefroză începătoare, vezica urinară -150 ml, date de afectare a ganglionilor limfatici retroperitoneali nu s-au depistat. Corpul uterin 6.7X5.3X3.8cm, hidro-metro~3ml, endometriul 0,7cm. Colul uterin se prezintă ca o tumoră de 5.7X4.3cm ce infiltrază parametriul pe stânga, raport col-uter 1:1. Histologie N19403-4/05.2005 – carcinom pavimentos necheratinizat.

Prin consiliu medical pe 4.04.2005 pacienta a fost internată în secția radioginecologie cu diagnosticul – Cancer a colului uterin T3bNxMo st.IIIb, formă endofită, varianta parametrală, pentru tratament radioterapic.

La internare starea pacientei de gravitate medie, relativ stabilă. Analiza generală a sângelui – Hb-116g/l, Er-4,2, L-5,8, VSH-35mm/oră, analiza biochimică: ureea-3,4mmol/l, creatinina-110,1mmol/l. Analiza generală a urinei – galbenă, transparentă, acidă, proteina-0,15g/l, leucocite 4-6 c/v, eritrocite 30-32 c/v.

După 8 zile de tratament radioterapic apare anurie totală cu agravarea stării generale, dureri lombare, slăbiciune pronunțată, febră 38,5 grade, frisoane. Ecografia abdominală a înregistrat: ureterohidronefroză de gradul III pe dreapta, pe stânga gradul II-III cu ureter vizibil până la intrarea în bazinul mic, vezica uinară-goală. Indicii IRC crescuți – urea-27,9mmol/l, creatinina 586,7mmol/l. Pacienta a fost transferată în secția de urologie în stare extrem de gravă și pe indicații vitale a fost instalată nefrostoma percutanată ecoghidată pe stânga fără complicații, cu evacuarea a - 400ml urină puțin tulbure. Ulterior s-a administrat antibioticoterapie și s-a realizat reechilibrarea hidroelectrolitică, tratament hemostatic. S-a efectuat pielografie ascendentă cu injectarea substanței de contrast pe tubul de nefrostomă, cu vizualizarea opacifierii sistemului pielo-caliceal al rinichiului stâng și a ureterului care prezintă unde peristaltice fiziologice, fiind evidențiat ca o opacitate discontinuă cu dilatare până la 1/3 inferioară, unde apare obstrucția ureterului.

După 24 ore, s-a restabilit diureza pe nefrostomă inițial 8000ml, apoi diureza s-a normalizat la valori de 2000 ml. La a treia zi am fost nevoiți să reinstalăm o altă sondă pigtail de diametru mai mare N12, comparativ cu precedentă, care era mică N6 și frecvent se obtura cu cheag sangvin.

Evoluția stării generale a pacientei a fost favorabilă în continuare, la 5 zile, probele funcției renale s-au fost normalizat, urea 4,6mmol/l, creatinina 86,9mmol/l, și în stare relativ satisfăcătoare a fost externată la domiciliu.

Pe 3.05.2005 pacienta a fost reinternată în secția de radioginecologie, unde a continuat tratamentul radioterapic după program radical. A fost externată la domiciliu în stare relativ satisfăcătoare pe sondă pigtail cu indicii hemodinamici în limitele normei. Periodic pacienta se prezintă la control în dinamică și pentru schimbarea sondei. Cel mai important eveniment în cazul prezentat este faptul că nefrostomia percutanată a fost manopera decisivă în supraviețuirea acestei paciente și i-a oferit posibilitatea de a continua tratamentul radioterapic după program radical. Eforturile comune ale medicilor: urolog și radioginecolog au făcut posibilă vindecarea acestei paciente, care la un moment părea a fi fără nici o șansă. Îmbucurător este faptul, că pacienta până în prezent se bucură de viață împreună cu familia sa, se simte bine, duce un mod de viață activ. La ultimul control efectuat (10.03.2011) în urma investigațiilor clinice, paraclinice date pentru progresarea bolii la această pacientă nu s-au depistat. Am constatat o regresie totală a tumorii cu o supraviețuire de 6 ani.

Discuții

Nefrostomia percutanată este o metodă sigură de drenaj a rinichilor în cazul căii excretorii obturate. În condițiile, în care este efectuată de medicul urolog specialist, respectând precauțiile ce vizează asepsia și antisepsia, se minimizează riscul hemoragic și de complicații la nivelul organelor sistemului urinar sau învecinate. Rata de succes a nefrostomiei percutanate

ecoghidate este mare, fiind constatat și de un colectiv de medici din Atena (Grecia), în cadrul studiului rezultatelor obținute în 10 ani de experiență cu această metodă [4]. Mai multe studii au arătat o rată de succes mai mare de 90% sub diferite metode de ghidaj. În ultimele decenii tot mai multe manopere au fost efectuate sub îndrumarea altor modalități, cum ar fi ecografia și CT scanare (7,8).

Nefrostomia percutanată poate fi efectuată sub ghidaj ecografic, cu o rată de succes de la 83,1% la 92% (3,6). Pederson a fost primul care a folosit ecografia de orientare pentru nefrostomia percutanată și a raportat o rată de succes de 70%.(4)

De atunci, un număr mare de studii au fost efectuate sub ghidaj ecografic, singurul care descrie o rată de succes de până la 92%. Acest lucru se datorează apariției aparatelor cu ultrasunete cu rezoluție înaltă, care vizualizează mai bine sistemul bazinetocaliceal, care permite o rată de succes comparabil cu ghidajul fluoroscopic, și practic, nici un risc cu radiații.

Concluzii

Nefrostomia percutanată a reprezentat un gest salvator de viață în cazul prezentat. Această metodă este de elecție și de mare succes în rezolvarea blocului infrarenal în neoplasmale urogenitale avansate.

Analizând rezultatele obținute în departamentul de urologie a Institutului Oncologic putem spune că nefrostomia percutanată ecoghidată a fost înșușită și implementată cu succes, începând cu anul 2005. În urma experienței acumulate la acei peste 100 de pacienți, nefrostomia percutanată a fost indicată ca metodă chirurgicală miniinvasivă de prima linie în obstrucțiile infrarenale cauzate de tumorile bazinului mic local avansate. Practic toți pacienții au suportat ușor această intervenție ce le-a permis restabilirea funcției renale cu ameliorarea stării generale, în unele cazuri tumorile au devenit convertibile pentru tratament chirurgical sau le-a permis efectuarea unui tratament radio- sau chimioterapic. Toate aceste eforturi au ameliorat atât supraviețuirea cât și calitatea vieții bolnavilor.

Bibliografie

1. DONDELINGER R. - Interventional Radiology, Thieme Medical Publishers, New York, 1990, pg.234-236.
2. RAMCHANDANI P., CARDELLA J., GRASSI C., ROBERTS A., SACKS D., SCHWARTZBERG M., LEWIS C. - Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Nephrostomy, J. Vascinterv Radiol, Nr. 14, 2003; pg. 277-281.
3. SCĂRNECIU I., SCĂRNECIU C., LUPU S., Urologie clinică. Ed. Universității Transilvania, Brașov, 2006, pg. 197.
4. SKOLARIKOS A., ALIVIZATOS G., PAPATSORIS A., CONSTATINIDES K., ZERBAS A., Deliveliotis C. - Ultrasound-guided percutaneous nephrostomy performed by urologists: 10-year experience, Urology, vol. 68, 2006, pg. 495-499.
5. SMITH A. - Smith's textbook of endourology, PMPH-USA, Shelton, 2007, pg.107.
6. CLAYMAN RV, MC DOUGALL EM, NAKADA SY: Endourology of The Upper Urinary Tract: Percutaneous Renal and Ureteral Procedures. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (ed.), Campbell's Urology. Philadelphia, WB Saunders. 1998; pp. 2791-800.
7. MAHAFFEY KG, BOLTON D.M, STOLLER ML: Urologist directed percutaneous nephrostomy tube placement. JUrol. 1994; 152: 1973-6.
8. SMITH A.D: Percutaneous punctures - is this the endourologist's turf? J Urol. 1994; 152: 1982-3.
9. BOJA R.: Tratamentul percutanat al afecțiunilor renouretice. Constanța 2000.
10. NICOLESCU D.: Bazele chirurgiei endourologice. Ed.Eurobit, Timișoara 1997: 262-264.