

a acuzelor (prezența sau absența sindromului algic, evidențierea tulburărilor micționale, digestive, circulatorii) și efectuarea examenului clinic.

### Rezultate

Tabloul clinic al pacienților cu hidronefroza, de regulă, este nerelevant, având semne caracteristice de stadiul evolutiv al bolii și de apariția complicațiilor.

Evoluția clinică asimptomatică este o raritate, printre subiecții supuși tratamentului chirurgical doar 2 (1,6%) pacienți s-au adresat în serviciul nostru fără a prezenta acuze. La acești pacienți hidronefroza a fost depistată ocazional în timpul investigațiilor cu alte scopuri.

Afectare unilaterală a fost la 112 (91%) pacienți, bilaterală la 9 (7,3%) pacienți, hidronefroza unicului rinichi congenital sau chirurgical a fost depistată la 2 (1,6%) pacienți, hidronefroza recidivantă la 12 (9,75%). Rinichiul pe stînga a fost implicat în 58 (47,15%) cazuri, pe dreapta în 56 (45,5%) cazuri.

Hidronefroza nu are semne patognomonice, ea se manifestă prin simptomatologia caracteristică altor maladii urologice. Cel mai frecvent este prezent sindromul algic, care s-a manifestat clinic ca lombalgie la 96,75% (119) cel mai frecvent ea a avut un caracter permanent, dar în 3,25% (4) cazuri a fost colicativ. Sindromul febril a apărut la 2,4% (3) pacienți.

Una dintre problemele depistării tardive a hidronefrozei constă în faptul ca pacienții cu dureri lombare colicative repetate nu sunt supuși examenului urologic complet.

La examenul clinic al pacienților, depistarea semnelor caracteristice ale hidronefrozei nu este atât de simplă, chiar și majorarea semnificativă în dimensiuni a rinichiului nu este atât de des apreciată palpator. Formațiune de volum palpabilă a fost diagnosticată la 12 (9,76%) pacienți.

Hipertensiune arterială a fost diagnosticată în 19 (15,44%) cazuri, acești pacienți mai frecvent au prezentat acuze la cefalee și periodic vertijuri, unele persoane au început investigațiile în special datorită acestor manifestări. Apariția hipertensiunii arteriale se datorează tulburărilor funcționale ischemice cu reducerea fluxului sanguin renal, ca rezultat al dilatației

sistemului colector, ea este mediată de renin, crescînd presiunea eficace de filtrare, care tinde să fi egalizată de presiunea din căile urinare.

Tulburări micționale exprimate clinic prin polachiurie, disurie, usturimi micționale au fost diagnosticate la 17 (13,82%) pacienți dintre care 5 (29,4%) au avut uroculturi pozitive. Infecția urinară este considerată un semn frecvent, ce adesea poate duce la descoperirea hidronefrozei.

Tulburări digestive manifestate prin meteorism, dereglări de tranzit intestinal, dureri abdominale nesistemizate au apărut la 12 (9,76%) pacienți, aceste manifestări sunt asociate cu grad avansat de hidronefroza și în 30 % sunt asociate cu o formațiune de volum palpabilă în flanc.

La 17 (13,82%) pacienți au fost depistați calculi renali de diferite dimensiuni. La acești pacienți în 11 (64,7%) cazuri a fost depistată leucociturie și în 9 (52,9%) cazuri microhematurie. Dintre ei 13 (76,5%) au suportat în anamneză infecții urinare. Prezența urolitiazei poate fi considerată un factor nefavorabil pentru că 3 (17,6%) pacienți au fost supuși nefrectomiei, iar din 14 ce au fost tratați prin pieloplastii, în perioada postoperatorie 5 (35,7%) pacienți au dezvoltat complicații, dintre care 4 (28,6%) au suportat pielonefrite acute și în 1 (7,14%) caz perioada postoperatorie s-a complicat cu hemoragie ce a necesitat transfuzia de plasmă proaspăt congelată.

### Concluzii

Hidronefroza este o afecțiune ce nu are semne patognomonice. Ea se manifestă prin simptomatologie caracteristică altor maladii urologice. Una dintre caracteristicile hidronefrozei la adulți este prezența în majoritatea cazurilor a sindromului algic, manifestat clinic prin lombalgie. Printre alte semne clinice ale hidronefrozei putem evidenția prezența tulburărilor gastro-intestinale, prezența hipertensiunii arteriale și a tulburărilor micționale. Asocierea urolitiazei este un factor evolutiv nefavorabil. Cunoașterea tabloului clinic al pacienților cu hidronefroza este importantă pentru depistarea precoce a acestei patologii.

### Bibliografie

1. Sinescu I. – Hidronefroza. Urologie clinică. EM, București, 1998 pag 303
2. Sinescu I. – Tratat de urologie. București 2008, pag 818
3. Tode V. – Hidronefroza. Curs de urologie. UMF Constanța 1994, pag 40-43
4. Anderson Kr, Weiss Rm. – Physiology and evaluation of ureteropelvic junction obstruction. J Endourol 1996; 10:87-91.
5. Карпенко В.С. Гидронефроз – клиника, диагностика и лечение. Материалы четвертого съезда урологов Украинского ССР 1985; pag 122.

## EVOLUȚIA ȘI MANAGEMENTUL CANCERULUI SISTEMULUI UROGENITAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA (SINTEZA DATELOR STATISTICE)

Anatol Mustea<sup>1</sup>, Dorin Tănase<sup>2</sup>, Ivan Vladanov<sup>2</sup>, Alexandru PETERSCHI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IMSP Institutul Oncologic

<sup>2</sup> IMSP Spitalul Clinic Republican

### Rezumat

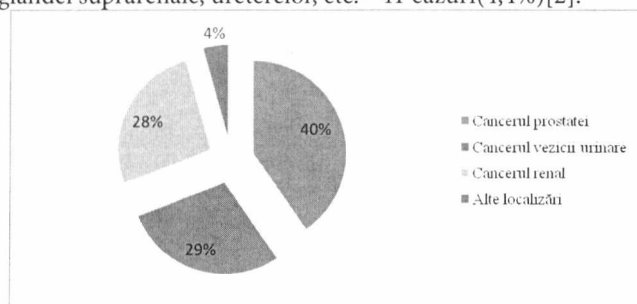
În lucrare este prezentată evoluția cancerului sistemului urogenital în perioada anilor 2000 – 2014. Managementul utilizat pe parcursul ultimilor 15 ani a permis de a înregistra următoarele rezultate: s-a majorat diagnosticul diverselor forme de cancer urogenital în stadiile I și II, ce a permis implementarea intervențiilor chirurgicale moderne și ameliorarea rezultatelor de tratament, precum și îmbunătățirea calității vieții pacienților.

**Summary****Evolution and management of the urogenital cancer in Republic of Moldova**

This work presents the evolution of the urogenital cancer during 14 years. The management that was used during last 15 years has yielded the following results: increased diagnostic in the first and second stages, which allowed the implementation of modern surgery treatment, significant improvement of the treatment results and quality of life for the patients.

Întinerirea maladiilor oncologice, prezența multiplilor factori de risc, creșterea duratei de viață, modul de viață și alți factori nocivi, sporesc identificarea cazurilor noi cu patologie maligna urologică. Conform datelor OMS cancerul este unul dintre principalele cauze de decese în lume. În 2012 au fost înregistrate 14 milioane de cazuri noi și 8,2 milioane de decese din cauza cancerului. Aproximativ o treime din decesele de cancer sunt cauzate de factori de risc: obezitatea, aportul insuficient de fructe și legume, sedentarism, consumul sporit de tutun și alcool [7].

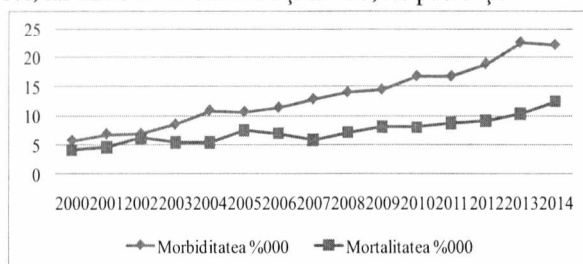
În Republica Moldova în anul 2014 (figura 1) pe primul loc din tumorile sistemului urogenital este situat cancerul de prostată - 380 cazuri (40,4%), care este urmat de cancerul vezicii urinare - 270 cazuri (28,7%), pe locul trei se află cancerul renal - 249 cazuri (26,5%) și alte localizări: cancerul penisului, testicular, glandei suprarenale, ureterelor, etc. - 41 cazuri (4,4%) [2].



**Figura 1.** Structura tumorilor urogenitale în Republica Moldova, anul 2014 [2].

Cancerul prostatei este cel mai frecvent cancer la bărbații care au peste 70 ani din Europa. Incidența este mai mare în Europa de Nord și de Vest (> 200 la 100.000), în timp ce ratele în Europa de Est și de Sud au arătat o creștere continuă [1]. Rata depistării cancerului prostatei a crescut aproape de 4 ori (figura 2), grație managementului de diagnostic utilizat: ultrasonografiei transrectale (TRUS), antigenului prostatic specific (PSA), biopsiei transrectale multifocale. Dacă în anul 2000 în Republica Moldova au fost depistate 118 cazuri noi (5,7‰) de cancer de prostată, deja în 2014 - 380 pacienți primar depistați (22,2‰).

În 2000 rata de pacienți depistați în stadiul I și II a constituit 11,6%, iar în 2014 în stadiul I și II - 26,1% pacienți.

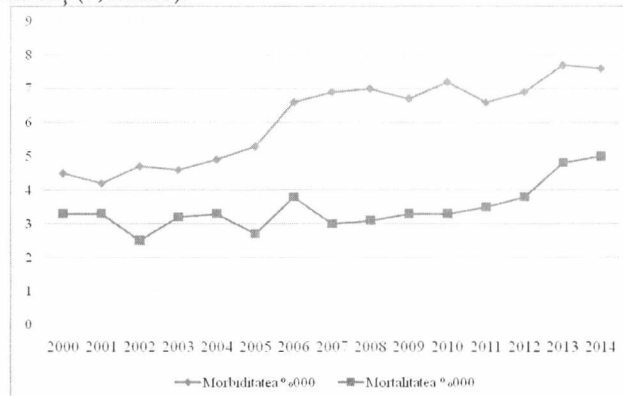


**Figura 2.** Morbiditatea și mortalitatea cancerului prostatei în Republica Moldova anii 2000 - 2014 [2].

Depistarea precoce a pacienților cu cancerul prostatei în stadiul I și II a permis din anul 2006 în IMSP Institutul Oncologic implementarea metodei radicale de tratament - prostatectomia.

Cancerul vezicii urinare are mai mult de 380.000 cazuri noi în fiecare an și mai mult de 150.000 de decese pe an, iar raportul bărbați-femei este estimat de 3,8:1,0 [6].

În Republica Moldova morbiditatea cancerului vezicii urinare din anul 2000 până în prezent a crescut aproape de 2 ori (figura 3). În 2014 au fost depistați primar 270 pacienți (7,6‰).

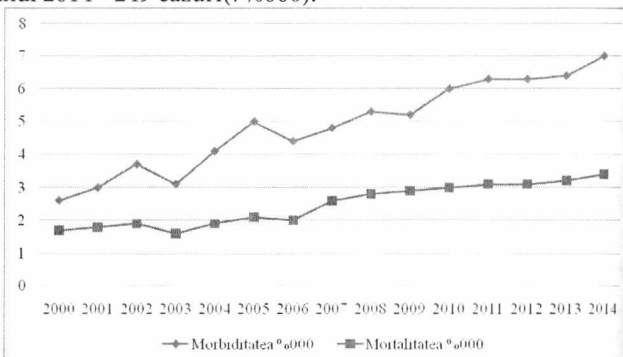


**Figura 3.** Morbiditatea și mortalitatea cancerului vezicii urinare în Republica Moldova, anii 2000 - 2014 [2].

Managementul cancerului vezicii urinare a sporit diagnosticarea în stadiul I - 50,4% în 2014, comparativ cu 19,8% în anul 2000. Necăutând la aceasta numărul de pacienți în stadii tardive este semnificativ, ceea ce a necesitat implementarea metodei de tratament a cancerului invaziv a vezicii urinare, inclusiv cistectomia radicală cu derivația urinară incontinentă și continentă (metoda Bricker, Studer).

Cancerul renal reprezintă 2-3% din toate tumorile umane [4]. În 2012 în Uniunea Europeană au fost depistate 84.400 cazuri noi de cancer renal și au avut loc 34.700 de decese cauzate de această patologie [3]. Raportul bărbat-femeie a constituit 1,5:1, cu o incidență de vârstă între 60 și 70 de ani. Factorii etiologici includ fumatul, obezitatea și hipertensiunea arterială [5].

La fel și în Republica Moldova se observă o tendință de creștere a acestei maladii. Pe parcursul ultimilor 15 ani incidența cancerului renal a crescut aproape de 3 ori (figura 4). Dacă în anul 2000 au fost primar depistați 126 (2,6‰) cazuri, deja în anul 2014 - 249 cazuri (7‰).



**Figura 4.** Morbiditatea și mortalitatea cancerului renal în Republica Moldova în anii 2000 - 2014 [2].

Se poate de menționat o tendință de îmbunătățire a diagnosticului în stadiul I și II, care a constituit în anul 2014 - 45%. Depistarea precoce a cancerului renal în stadiul pT1a a permis implementarea în Republica Moldova a intervențiilor organ-menajate (nefrectomie parțială).

În concluzie se poate de menționat că patologia

oncologică în Republica Moldova în ultimii 15 ani este în creștere constantă. Managementul cu implementarea metodelor noi de diagnostic a sporit semnificativ rata pacienților cu tumori a sistemului urinar depistați în stadiile precoce, ceea ce permite ameliorarea rezultatelor tratamentului și a îmbunătăți calitatea vieții pacienților.

#### Bibliografie

1. Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. *Eur J Cancer* 2013 Oct 8. pii: S0959-8049(13)00842-3.
2. Cancer Registrul Republicii Moldova.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013 Apr;49(6):1374-403.
4. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. *Scand J Surg* 2004;93(2):88-96.
5. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK. The epidemiology of renal cell carcinoma. *J Urol* 2006 Dec;176(6 Pt 1):2353-8.
6. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin* 2013 Jan;63:11-30.
7. World Cancer Report 2014 Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild ISBN 978-92-832-0429-9.

## TUMORILE RENALE ȘI SARCINA

Ana-Maria Mustea, Alexandru Piterschi

IMSP Institutul Oncologic

#### Rezumat

Deși sunt rare la gravide, neoplazmele renale sunt problematice în plan diagnostic și curativ. Din motivul informației insuficente în literatura de specialitate, strategia de tratament optimal este încă controversată. Considerăm că experiența noastră în conduita conservatoare în timpul sarcinii, nașterea pe căi naturale și tratamentul chirurgical organomenajant (neferctomie parțială), va contribui la cunoașterea și tratamentul mai bun a acestor tumori rare la gravide.

**Cuvinte cheie:** tumori renale, angiomiolipom, sarcina

#### Summary

##### Renal tumours during pregnancy

Neoplasms are rare in pregnant women, however they are always a challenging diagnostic and curative problem. Optimal management is still controversial because there are very few cases reported in the literature. We expect that the case of our patient, who delivered her baby vaginally and underwent definitive treatment (partial nephrectomy) thereafter, to further enhance the knowledge about the management of these rare tumors during pregnancy.

**Key words:** renal tumours, angiomyolipoma, pregnancy

#### Introducere

Incidența tumorilor sistemului urinar este de 1 la 1000 de sarcini. Astfel de simptome a tumorilor urinare ca hematuria, durerea lombară și hipertensiunea arterială, pot fi confundate cu alte patologii mai comune cum ar fi cistita, pielonefrita, eminența de avort spontan, preeclampsia.[1] Deși depistarea tumorilor renale în timpul sarcinii cel mai frecvent are loc incidental, în urma unor investigații de rutină, apariția simptomelor sus numite justifică o evaluare urologică aprofundată. Posibilitățile de evaluare în timpul sarcinii sunt limitate de riscul de iradiere a fătului în timpul investigațiilor radioimagistice. Astfel la pacientele gravide la care va apărea necesitatea de a utiliza metode radiologice de diagnostic, va fi luat în considerație riscul matern și fetal. Expunerea la radiații trebuie evitată, cu excepția cazului când investigația va avea un impact major asupra sănătății mamei, iar informațiile relevante nu pot fi obținute în orice alt mod. Cel mai frecvent în diagnosticul tumorilor renale în timpul sarcinii sunt utilizate ecografia și rezonanța magnetică nucleară (RMN). Tratamentul

depinde de tipul tumorii și termenul de gestație. Planificarea tratamentului urmează a fi discutată cu pacientul, mama trebuie să cunoască riscurile asupra sănătății fetale a tratamentului imediat și riscurile tratamentului amânat, pentru sănătatea ei.

Angiomiolipomul (AML) reprezintă a doua cauză ca și frecvență a tumorilor renale în timpul sarcinii, întîietatea fiind cedată cancerelor renale. AML este o tumoare mezenchimală benignă compusă din proporții diferite de țesut adipos, celule fuziforme și musculare netede epitelioide și vase sangvine cu perete gros anormal. [2] Până la 80% din AML sunt sporadice și nu sunt asociate sindroamelor genetice, restul cazurilor sunt asociate sclerozei tuberoase și limfangioleiomiomatozei sporadice. Inițial AML erau considerate ca tumori cu origine din proliferarea abnormală din țesuturile prezente în rinichi și erau clasificate ca hamartoame. Astăzi se consideră că ele aparțin unei familii de neoplazme numite – tumori epitelioide perivasculare ce apar din proliferarea clonală a celulelor epitelioide distribuite în jurul vaselor sanguine. [3]

AML sporadice, cel mai frecvent, în stadiile inițiale sunt