

Bibliografie

1. Материалы V- Пленума Урологов (Ленинград 1981).
2. Пугачев А.Г., Урология, 1999, № 4, с.3-5.
3. Гусейнов Э.Я., Вторичный обструктивный мегауретер с детрузорно-сфинктерно диссинергией у детей, Урология, 2001, №6, с.44-48.
4. Domini M., Aguino A., Palpalepore N. Conservativ Treatment of Neonatal Primary Megaureter Eur.j Pediatr.Surgery, 9 (1999), p.396-399.
5. Benneton D., Primary megaureter in pediatric urology. In: Retic AB, Cukier J: International Perspectives in Urology, 14 (1987), 429.

OBSTRUCȚIA INFRAVEZICALĂ LA COPII

**B.Curajos, V.Dzero, V.Roller, I.Zaharia, A. Curajos,
L.Curajos, J.Bernic, E.Ghețeu, A.Munteanu, L.Seu**

Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «N.Gheorghiu»

Summary

Analyze the diagnostical experience and treatment of 505 children with IVO – including 320 girls with meatal stenosis, 163 boys with congenital stenosis and 22 with valves of posterior urethra. The diagnostical methods of IVO include miction cistouretrography, uretrocistoscopia, and urethral calibration. The treatment of obstruction and its consequences consists in transurethral excision of stenosis and valves rehabilitation (re-establishment) of superior urinary ways and the tract.

Actualitatea

Obstrucția infravezicală (OIV) ocupă un loc de bază în structura morbidității urologice la copii și provoacă dereglări ale întregului tract urinar – de la uretră pînă la rinichi. Răsunetul renal este provocat de dereglările urodinamice și asocierea infecției. Diagnosticul și tratamentul precoce al OIV duce la dispariția infecției urinare recidivante la majoritatea fetițelor și dispariția sau ameliorarea dereglărilor morfofuncționale ale tractului urinar superior la băieței.

Material și metode

În clinica de urologie al ICȘOSMșiC s-au tratat 505 copii cu OIV, inclusiv 320 fetițe cu stenoza meatală, 163 băieței – cu stenoza congenitală și 22 cu valvule al uretrei posterioare. De rînd cu examnul clinic și laborator la acești pacienți s-a aplicat sonografia, s-a apreciat ritmul urinării, cistouretrografia micțională, urofluometria mecanică și cu radioizotopii, cistoadaptometria, uretrocistoscopia, urografia i/v.

Rezultate și discuții

Clinic obstrucția la fetițe s-a manifestat prin infecție urinară recidivantă – 77%, dereglări micționale (micțiuni imperative, enurezis) – la 43%, pe cînd la băieței dereglări micționale constituie 71%, asocierea infecției urinare la 43%.

Obstrucția infravezicală, mai ales la băieței prezentată intrauterin și la naștere prezintă o simptomologie, care este dependentă de gradul stenozei uretrale și răsunetul suprastenotic a căilor urinare. La nou-născuți și sugari se observă un tablou clinic sever, ce se manifestă prin semnele generale – febră, anemie, precum și tulburări digestive, anorexie, grețuri, vărsături, diaree, care pot determina un sindrom de dehidratare acută. Tulburări micționale – jet slab, retenția urinei, glob vezical. La palparea practică întotdeauna se depistează un rinichi mare.

La copii mai mari și adolescenți tabloul clinic este dominat de simptomologia urologică: tulburările micționale sunt pe prim plan și în corelație directă cu gradul stenozei. Cel mai frecvent semn este dizuria, polachiuria și incontinență urinară nocturnă, mai târziu și diurnă. Jetul urinar este redus ca calibrul și putere de proiecție. În cazuri severe fiecare micțiune este extrem de dureroasă și necesită un efort ca să se poată realiza, prin comprimarea regiunii hipogastrice.

În final apare o hipotonie a detruzorului cu incontinență de urină falsă (urinări prin prea plin). Aceste cazuri apar uneori lent, alături simptomele urinare rămîn constante ani de zile, copilul se deprinde cu suferința sa și se adresează la medic în caz de retenție acută de urină, dureri în abdomen, febră sau chiar insuficiență renală. La fetițe dereglările micționale nu sunt așa pronunțate și se manifestă prin polachiurie, micțiuni imperioase, enurezis.

La cistografie, datorită hipotrofiei detruzorului, apar coloane și trabecule pe peretele posterior al vezicii urinare, vezica are aspect caracteristic de vezică cu celule și coloane. Progresiv se formează pseudodiverticuli și o mărire a capacității vezicale.

Deoarece uretra, colul vezical și vezica urinară embriologic și funcțional sunt întregre, paralel cu hipertrofia detruzorului, apare și hipertrofia colului vezical care pe parcurs se decompensează.

La cistouretrografie micțională colul vezical la început se ridică, pe parcurs este spazmat și alungit, mai apoi se dilată și scurtează. Aceste modificări trebuie avute în vedere, deoarece înainte de a stabili un diagnostic de maladie a colului vezical este necesar de exclus obstrucția vezicală.

În caz de SCUP la băieței, în partea distală a uretrei posterioare (la hotar cu cea anterioară) se depistează o stenoză anulară și dilatare a uretrei suprastenotice. La fetițe – stenoza meatală cu dilatare a uretrei suprastenotice mai mult sau mai puțin pronunțate.

În caz de valvule uretrale, anatomic localizate supra- submontanal, se observă o dilatare a uretrei posterioare în treimea proximală. La o stenoză congenitală uretra dilatată se termină brusc la nivelul obstrucției. La valvule uretra dilatată se îngustează progresiv și aproape întotdeauna în lumenul uretral se observă o diafragmă ca o «pînză întinsă».

Uretra anterioară în ambele maladii nu este schimbată. În stenoza pronunțată se observă o dilatare poststenotică care practic lipsește în caz de valvule. Un aport considerabil la o diferențiere între valvule și stenoză ne aduce calibrarea uretrei cu bujii cu olivare. La valvule uretra e permeabilă pentru buj, iar la stenoză, la hotar cu uretra posterioară, bujul «alunecă» printr-un inel de consistență cartilagineasă. Uneori, în caz de valvule, la ieșirea bujului din uretra posterioară se simte o obstrucție ușoară.

La uretrocistoscopie în partea distală a uretrei posterioare se depistează o prolobare inelară în lumenul uretrei cu un foramen în centru sau excentric. În dependență de gradul obstrucției se observă: o dilatare a uretrei posterioare, veromanitanul mărit, deseori edimat; colul vezical deschis; în vezică – coloane, trabecule și pseudodiverticuli.

La urofluometrie radionuclidă se observă o diferență de transit supra- și substenotic. În afară de această doar cu metoda susnumită se poate înregistra mișcarea turbulentă a urinei în segmentul suprastenotic dilatat, care nu se poate aprecia cu nici un aparat urodinamic mecanic.

Cistoadaptometria s-a efectuat pentru aprecierea dereglărilor funcționale ale detruzorului. În dependență de gradul de obstrucție, capacitățile de compensare a vezicii, s-au depistat: normotonia, hipertonia și hipotonia intravezicală și posibilitățile de adaptare.

În sectorul stenozat a uretrei posterioare histologic se observă o concentrare sporită de țesut conjunctiv cu edem și infiltrație dispersă. Mucoasa este tapetată cu epiteliu pluristratificat. Vasele de microcirculație prezintă leziuni manifestate prin tumescență mucoidă, fibrinoidă, deformarea pereților îngroșați și sclerozați. Tunica musculară aproape totalmente substituită cu țesut conjunctiv printre care parțial se vizualizează fibre musculare atrofiate. Această ne demonstrează că este un proces congenital cu asocierea infecției, care implică peretele uretrei în întregime.

Răsunetul suprastenotic depinde de gradul stenozei și capacitățile de compensație a segmentului suprastenotic a uretrei posterioare, a vezicii urinare și a colului vezical. Fiziopatologic dereglările clinico-anatomice se desfășoară în două direcții – dereglări funcționale, micționale, și infecția urinară, care în comun duc la dereglarea funcției renale.

Conform manifestărilor clinice și în urma investigațiilor aplicate am evidențiat patru forme clinico-radiologice ale SCUP.

Forma I – compensată – stenoza anulară în partea distală a uretrei posterioare cu dilatare neînsemnată a uretrei suprastenotice pe seama peretelui posterior și în regiunea colului vezical o proeminență în lumen al peretelui posterior. Vezica urinară puțin deformată cu trabecule pe perețele posterior. Ureterele și rinichii fără dereglări pronunțate.

Forma II – subcompensată – stenoza anulară a uretrei posterioare distale cu o dilatare pronunțată a uretrei suprastenotice, colul vezical îngustat și alungit. Vezica urinară deformată, trabeculată, cu dilatarea tractului urinar superior.

Forma III – decompensată – stenoza anulară pronunțată cu dilatare vădită suprastenotică. Colul vezical dilatat și scurtat. Vezica urinară mărită în volum, cu trabecule și pseudodiverticuli. Dilatare pronunțată a căilor urinare superioare, dereglări de funcție a rinichilor și adesea reziduu vezical.

Dorim să menționăm că, există o formă clinico-radiologică a SCUP – ureterohidronefroză refluantă. Clinic sunt semne de infecție urinară, dereglarea funcției renale. La CU micțională uretra, colul vezical neschimbat, vezica urinară nu are semne de vezică de luptă. Această are loc din cauza că torentul urinar înfîpînînd hipertensiune joasă, mai ușor se întoarce în uretere - reflux. În diagnosticul acestei patologii un rol important îl are uretrocopia și calibrarea uretrei cu bujii olivare.

Formele expuse nu depind de vârsta copilului, ci de gradul obstrucției. Astfel formele I-II s-au decelat nu numai la copii de vîrstă mică, dar și la adolescenți, iar forma III – s-a decelat și la nou-născuții și sugari.

Manifestările clinice: În forma I predomină polachiuria, enurezisul, în forma II și mai ales în forma III – enurezisul, incontinența urinară diurnă, reziduu vezical.

Durerile abdominale, lombare: În forma I – 17%, forma II – 25%, forma III – 50%; febra: În forma I – 20%, II – 30%, III – 55%; infecția urinară – în forma I – 30% (neînsemnată), II – 50%, III – 6% (vădită). Datele prezentate sugerează că, chiar la o stenoză pronunțată la băieții nu întotdeauna se asociază o infecție urinară.

Reflux vezico-renal a fost depistat la 124 copii.

În dependență de forma clinico-radiologică am elaborat principiile de tratament ale OIV. La fetițe și în caz de compensație se înlătură obstrucția, la prezența infecției – o cură de scurtă durată (2 săptămâni - 1 lună) de uroantiseptice și restabilirea funcției detruzorului prin proceduri fizioterapeutice. În subcompensație – SCUP și valvule uretrale – înlăturarea obstrucției, uroantiseptice, restabilirea funcției detruzorului. Dacă în decurs de 6 luni obținem o ameliorare, continuăm tratamentul conservator, în caz contrar, după necesitate se efectuează operații plastice a căilor urinare superioare, mai frecvent operații antireflux. Mai multe dificultăți prezintă tratamentul copiilor cu formă decompensată și uretrohidronefroză refluxantă. Cel mai frecvent acești copii sunt internați în stare foarte gravă și orice investigație cu scop diagnostic și înlăturarea obstrucției sunt contraindicate prezentând pericol vital. Deaceia la prezența unui reziduu vezical se practică cistostomia, la acutizarea infecției renale, cu mărirea în volum a rinichilor - nefrostomie percutană. Peste 14-30 zile de tratament conservator starea se ameliorează, se apreciază diagnosticul, și se înlătură obstrucția. Ulterior se aplică tratament antibacterian, restabilirea funcției detruzorului, iar după 6-12 luni plastia căilor urinare superioare.

Stenoza meatală la fetițe se rezolvă operator – 2 incizii în regiunea meatală la orele 11 și 13 cu plasarea sondei permanente timp de 4-5 zile. Dilatarea cu bujii olivare nu este efectivă.

Pînă în anul 1985 tratamentul stenozei s-a efectuat prin dilatarea dozată a stenozei cu bujii metalice, dilatorul Kolman. Rezultatele acestui procedeu în majoritatea cazurilor erau nesatisfăcătoare. Mai firziu am efectuat dilatarea stenozei cu dilatorul mecanic Kolman (9 copii) sau uretrotomia oarbă cu comisurotom (8 copii). Rezultatele acestui tratament nu ne-au satisfăcut. În cazuri avansate a maladii, am efectuat plastia uretrei transperineale – procedeu Holțov (14 copii) și am aplicat o incizie longitudinală cu suturarea transversală a peretelui anterior a segmentului stenozat (9 copii). Rezultatele acestui tratament erau bune, dar în ultimul timp ne-am dezis și de ele, deoarece sunt niște intervenții traumatice, care necesită o anestezie îndelungată, o perioadă postoperatorie de cel puțin 10-12 zile.

Ultimii 15 ani înlăturarea obstrucției s-a efectuat prin procedee transuretrale cu rezektoscopul «Storz» – și cu uretrotomul original. Cu uretrotomul elaborat în clinică se rezeacă peretele anterior al segmentului stenozat a uretrei posterioare și valvulele uretrale.

Avantajele acestui procedeu sunt: uretrotomul este ieftin, ușor de construit și nu necesită aparatură adăugătoare; intervenția durează 3-5 minute, cateterul postoperator se înlătură la a 2-3 zi; cu uretrotomul se poate lua materialul excizat pentru examinare morfologică.

Am efectuat rezeccia stenozei și valvulelor cu uretrotomul «Storz» și ne-am dezis de ea deoarece stenoza se află la hotarul de jos a pubisului și e dificil de a fixa uretorezektoscopul, deoarece alunecă mai jos de segmentul stenozat. Uretrotomul original se oprește anume la nivelul inelului stenozat, care se supune exciziei. Cu uretorezektoscopul se poate perfora peretele uretrei deoarece nu era nici un «stop» pentru a determina adîncimea inciziei efectuate. Cu uretrotomul original perforat ia practic este exclusă, deoarece tubusul se află la nivelul peretelui uretral.

Cu scop de prevenire a stenozei cicatriceale după intervenții transperineale la 15 copii s-a aplicat cu succes un curs de amnioțen câte 5-7 injecții.

Operațiile antireflux se efectuează nu mai devreme de 6 luni-un an după înlăturarea obstrucției și doar după ce se restabilește actul micțional, se normalizează funcția detruzorului dar se menține infecția urinară recidivantă.

În caz că ureterul este vădit dilatat și alungit efectuăm neoimplantarea conform procedeuului Mebel în modifiacția noastră, iar dacă ureterul nu este dilatat se aplică operația antireflux Lich-Gregoir.

La un reflux pronunțat cu megaureterohidronefroză unilaterală cu micșorarea funcției renale mai puțin de 25-30% s-a efectuat nefrouretrectomia (9 copii).

Cistostomia preparatorie s-a aplicat la 11, sondă permanentă – 8, și nefrostomia la 4 copii.

Pacienții operați s-au supravegheat pe o durată de timp de la 3 pînă la 15 ani.

Rezultatele s-au apreciat după dispariția semnelor clinice – incontinență urinară, infecție urinară, restabilirea sectoarelor suprastenotice și funcției renale.

Rezultatele depind de sex și gradul obstrucției. La fetițe semnele clinice au dispărut la 81 %, refluxul vezico-renal la 35 %. La băieții cu obstrucție nepronunțată, postoperator, peste o săptămînă la 50%, a dispărut polakiuria și incontinența urinară. În caz de obstrucție pronunțată – stenoză, valvule al uretrei posterioare, semnele clinice se ameliorează vădit, dereglările morfo-funcționale nu progresează, dar nu revin la normal chiar și după operații antireflux. Au decedat 4 copii.

Concluzii

1. La copii cu dereglări micționale (polachiurie, incontinență urinară, reziduu vezical), infecție urinară recidivantă, dilatarea căilor urinare superioare, e necesar de exclus obstrucția infra-vezicală.
2. Metodele de bază în diagnosticul OIV sunt: cistouretrografia micțională, uretoscopia și calibrarea uretrei,
3. La băieții cu reflux vezico-renal bilateral este neapărat indicată uretoscopia și calibrarea uretrei cu bujii olivare.
4. La fetițele cu OIV clinic predomină infecția urinară recidivantă, la băieții – dereglările micționale.
5. Tratamentul obstrucției și consecințelor ei constă în excizia transuretrală a segmentului stenozat, valvulelor și apoi restabilirea căilor urinare superioare.
6. După înlăturarea obstrucției, dereglările uretrei suprastenotice, colul vezical, vezica urinară, precum și refluxul vezico-renal gradul I-II sunt reversibile și necesită doar un tratament conservator. Căile urinare superioare, în caz de ureterohidronefroză, reflux vezico-renal gradul III-IV se supun unui tratament chirurgical nu mai devreme de 6 luni – un an după înlăturarea obstrucției și numai după normalizarea actului micțional și a funcției detrusorului vezical.
7. Dereglările suprastenotice ale colului vezical după înlăturarea obstrucției revin la normal și nu necesită intervenție chirurgicală.
8. Dilatarea căilor urinare superioare (ureterele, cavitățile renale) în faza precoce sunt reversibile, în faze avansate, chiar și după operații plastice, practic nu revin la normal.
9. Pacienții cu OIV în fază avansată necesită tratament medicamentos, fizioterapeutic îndelungat sub supravegherea urologului, nefrologului.

Bibliografie

1. Ashken M.H European experience with the uretral well steut for uretrar strictures. Europ.Urology, 1991, 19, 3, 181, 183.
2. Dragan P.Miclea E, și al., Rezultatele imediate și tardive ale uretrotomiei interne pentru stricturile uretrale. Al VI Simpozion Național de endourologie, Oradea-Băile Felix, 1-4 mai 1996, p.6.
3. Nicolescu D. Urologie, București, 1999.
4. Moorman J.G. Angeborene bulbare Harnrohrehege bulbarer Pathogenese and Klinik des Eruanocungen des Blasen Halses und der urogenitalen. Urol.Int, 1975, 30.2, 129-144.
5. Николаев В.В., Кулаев В.Т., Тенкин С.И., Клапаны задней уретры у детей. Урология, Нефрология, 1975, 26 19-21.

TRATAMENTUL REFLUXULUI VEZICO-RENAL LA COPIL

V.Dzero, B.Curajos, V.Roller, J.Bernic, A.Curajos, I.Zaharia, E.Ghețeu

*Catedra de Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie și Reanimare
Pediatrică a USMF «Nicolae Testemițanu»*

Summary

The paper presents how 753 children with the vezico-ureteral reflux and urinary tract infections of disturbed urine passage. Presented recommendations for treatment of urinary tract infections and vezico-renal reflux, conservation and operation. Presented data evidenced of greater offence of complex therapy compared with pure antibiotic therapy.

Actualitatea

Refluxul vezico-renal (RVR) este o problemă de mare importanță a urologiei pediatrică. Dereglarea urodinamicii favorizează apariția pielonefritei recidivante cu afectarea parenchimului renal. Problema tratamentului refluxului vezico-renal nu este pe deplin rezolvată. Rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului conservator și intervențiile chirurgicale antireflux foarte traumatizante impun urologii să caute noi metode de tratament (A.Nemenova 1993). Depistarea tardivă a RVR duce atrofia parenchimei renale chiar și după efectuarea corecției chirurgicale. Din alt punct de vedere corecția chirurgicală nu este indicată, deoarece cu vârsta, are loc și maturizarea ureterului terminal, unghiul de incidență se oblicizează (I. Kayanskaia 1998).

Asocierea cistitei, a disfuncției neurogene a vezicii urinare, obstrucția infravezicală complică tratamentul RVR la copii (A. Ceskis 1994).

Actualmente este cunoscut că, RVR este o stare patologică a organismului, la baza căreia este