

Fig.1. Algoritm de tratament al pacientului cu hypospadias.

BIBLIOGRAFIE

1. Fufezan V. Orientări diagnostice în patologia chirurgicală a sugarului. Timișoara, 1993. 186 p.
2. Goția D. și alții. Îndrumator de stagiu clinic în chirurgia și ortopedia pediatrică. Monografie. Ed. "Gr. T. Popa", Iași, 2002. 130 p.
3. Goția D., Aprodu G., Savu B. Patologia aparatului urogenital. În: Chirurgie pediatrică, Ed. „Gr. T. Popa”. Iași, 2001, p.169-189.
4. Zamfir T., Biscă I., Jianu M. și al. Chirurgie viscerală, urologie și ortopedie pediatrică. Editura Științifică, București, 1996, p.291-296.
5. Ross G., Thomson I. Hypospadias. Results of surgical treatment and perspectives in management. Urology, 1971. N2, p.143-145.
6. Голигорский С.Д. Основы детской урологии и нефрологии. Киев, 1973, с.117-125.
7. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Москва: Медицина, 2000. Том 1. 304 с.
8. Лопаткин Н.А. Урология: Учебник для медвузов. Москва: Медицина, 2004. 520 с.
9. Люлько А. Атлас – руководство по урологии. Киев, 1990.
10. Пугачев А.Г. Детская урология. Москва: „ГЭОТАР-Медиа”, 2009. 832 с.
11. Савченко Н.Е. Гипоспадия и ее лечение. Минск, 1962.

Gudumac Eva, Curajos B., Bernic Jana, Revenco A., Dzero Vera, Malițev M.,
Seu Larisa, Zaharia I., Celac Victoria, Ghețeu E., Curajos A., Roller V.

SINDROMUL DE INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ LA COPIL

Centrul Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”
Catedra de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”
(Șef Catedră - dr. hab. med., prof. univ., Academician al AȘRM., Om Emerit - Eva Gudumac)

Summary

THE CHRONIC KIDNEY FAILURE SYNDROME IN CHILDREN

The authors present a clinical observation of a patient with chronic renal failure, as well as the literature data, regarding pathogenesis of this severe condition.

Резюме

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Автор представляет клиническое наблюдение пациента с хронической почечной недостаточностью. Представлен обзор литературы и выдвинутых до сих пор патогенетических гипотез.

Definiție: Insuficiența renală cronică (IRC) este un sindrom care are ca factori cauzali diminuarea progresivă, continuă a filtratului glomerular și creșterea creatininemiei.

Conform datelor raportate la European Dialysis and Transplantation Association (EDTA) etiologia la copiii cu IRC aflați la hemodializă cronică sunt:

1. Hipoplaziile renale – 20 %;
2. Nefropatiile ereditare (polichistoza, Sindr. Alport) – 21 %;
3. Uropatiile malformative – 20 %;
4. Nefropatiile vasculare 9 %;
5. Glomerulopatii – 21 %;
6. Diverse – 9 %;

Incidența insuficienței renale cronice este astăzi în continuă creștere pentru copii sub 18 ani – 2 cazuri la 1 mln de locuitori care necesită hemodializă și pentru cei care suferă de diabet, abuz de analgezice.

Totodată, se înregistrează o scădere lentă pentru nefropatiile interstițiale ca rezultat la diagnosticul antenatal, postnatal precoce și la corecția chirurgicală adecvată, diferențiată, individualizată de la caz la caz.

În patogenia IRC un factor de bază este reducerea numărului de nefroni intacti, alterarea funcției contunua a nefronilor restanți (nefroni patologici).

Diagnosticul IRC include:

1. Semnele clinice
2. Criteriile biumorale (creatininemia, anemia, hipocalcemia, etc.)
3. Imagistice (ecografia, scintigrafia renală, TC, RMN, Dopplerografia)
4. Etiologic (ex. rinichi polichistic)

Managementul profilactic al progresării IRC are ca scop limitarea efectului presiunilor și fluxurilor glomerulare crescute și prevenirea tulburărilor metabolismului fosfocalcic și al osteodistrofiei renale, încă din fazele precoce ale IRC.

Dieta hipoproteică și restrictivă în fosfați previne sau încetinește progresarea IRC iar dieta hipoproteică deține un rol decisiv în fazele avansate ale IRC.

Eficacitatea dietei va fi monitorizată prin :

1. Istoricul pacientului - starea generală a pacientului
2. Concentrația proteinelor serice și a proteinelor urinare
3. Ureei sanguine (reflectă proteinele din dietă)
4. Ureei urinare (reflectă gradul deteriorării funcției renale)
5. Nivelul seric al proteinelor totale
6. Măsurări antropometrice, etc.

Tratamentul medical are ca scop diminuarea leziunilor glomerulare, scăderea presiunii hidrostatice glomerulare, scăderea proteinuriei, etc.

Includerea în tratamentul complex a metabolizilor vit D, Furosemid (dacă nu are insuficiență renală

oligurică), dacă există hipocalcemia se vor administra preparate de calciu.

Tratamentul anemiei se va face cu eritropoietină, dar este cunoscut faptul că preparatul dat are și efecte secundare prin episoade trombotice. Acidoza metabolică în IRC se va corecta, dar este necesar monitoringul seric al echilibrului acido-bazic și a calcemiei. Trebuie ajustate dozele următoarelor preparate, reieșind din gravitatea alterării funcției renale (scăderea eliminării renale), ca derivații penicilinei, Digoxinei, Cimetidina, Insulina, Aminoglicozidele, Diureticele, Nitrofurantoinul, etc.

O metodă net superioară care permite de a îndepărta toxinele din sânge, de a realiza echilibrul acido-bazic și hidroelectrolitic care se va efectua prin una din cele două procese difuziunea sau convecția.

Totodată, hemodializa nu va suplini funcțiile metabolice endocrine ale rinichiului. Utilizarea hemofiltrării este o metodă bine tolerată în IRC. Prin metoda dată se combină hemodializa (tratamentul selectat are loc în general prin difuziune) și cu hemofiltrarea (transport prin convecție).

Deci, prin tehnica dată se combină clearance-urile mari ale moleculelor medii prin convecție. Dorim să prezentăm în continuare o observație clinică, cazul unui pacient cu IRC.

Caz clinic: Pacientul de sex - masculin care la vârsta de 5 luni de viață (1983), s-a prezentat în clinica de urologie pediatrică a Centrului Național Științifico-practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pentru agitație, febră 39-40 grade C, scaune diareice, dizurie, care nu dispar în urma folosirii simptomatice a unor preparate medicale.

La internare prezenta un abdomen suplu la palpare. Bilanțul biologic, imagistic, clinic a permis de a stabili diagnosticul de anomalie congenitală reno-urinară: Megaureterohidronefroză obstructivă bilaterală. Pielonefrită în acutizare (fig.1).



Fig.1. Pacientul P.I., 5luni, urografia i/v, megaurterohidronefroză bilaterală, gradul III-IV.

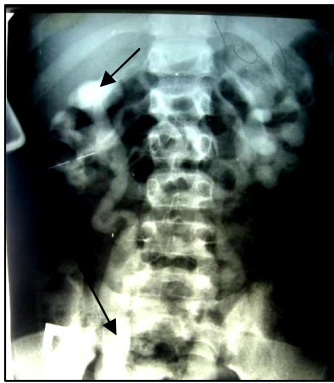


Fig. 2. Pacientul P.I., 10 ani, urografia i/v, megaureterohidronefroză bilaterală, gradul IV-V, cu nefroscleroză.

Examenle complementare au demonstrat stare gravă a pacientului, prezența dereglărilor intestinale, și necesitatea unui tratament medical al afecțiunii digestive date. Astfel intervenția chirurgicală a fost amânată. Pe o perioadă de 10 ani, copilul nu a consultat medicul urolog, fiind evaluat numai de medicul de familie. În anul 1993 copilul s-a prezentat repetat în clinica urologică pentru dureri abdominale, leucociturie, dizurie, periodic febră etc. Explorările imagistice, inclusiv urografia intravenoasă (fig.2) au relevat dilatarea semnificativă a sistemului calice-bazinet bilateral, ureterele fiind dilatate sinusoid pe tot parcursul. Astfel s-a diagnosticat de megaureterohidronefroză obstructivă, proces bilateral gradul IV-V, pielonefrită cronică cu nefroscleroză. Procedul chirurgical a ținut seama de vârsta pacientului, caracterul complicațiilor asociate și a patologiei malformative reno-urinare și după o pregătire preoperatorie s-a procedat la ureterocistoneoanastomoză pe dreapta, procedeu Mobly. Postoperator a decurs grav, avînd loc acutizarea pielonefritei cronice. A urmat tratament

conservativ. Peste două luni s-a efectuat operația analogică pe stînga, preventiv fiind aplicată pielonefrostomia pe stînga. Postoperator evoluția satisfăcătoare, a fost externat la domiciliu. Starea stabilă a pacientului a avut o durată de 15 ani. Totodată în pofida tratamentului chirurgical, aplicat tardiv, și conservativ modificările sclerotice renale au progresat, ducînd la insuficiență renală cronică și la hemodializă. Astfel măsurile specifice de profilaxie la pacientul dat au fost inefficiente.

Concluzii:

1. Malformațiile congenitale reno-urinare sunt afecțiuni frecvente la copil.
2. În ce privește simptomatologia malformației congenitale reno-urinare este polimorfă, în majoritatea lor asiptomatică.
3. Diagnosticul diferențial este dificil mai ales în stările febrile.
4. În evoluție la malformațiile reno-urinare se asociază complicații care afectează funcționalitatea parenchimului renal.
5. Procedeele tehnice chirurgicale sunt multiple și în alegerea lor se ține seama de caracterul anomaliei și complicațiile pe care le prezintă.
6. Calitatea vieții pacienților depistați cu anomalii de tract urinar depinde de termenii stabilirii diagnosticului, de gravitatea complicațiilor asociate, precum și de precocitatea și calitatea tratamentului chirurgical.
7. Cu cît mai precoce este stabilit diagnosticul și efectuată corecția chirurgicală cu atît pronosticul este mai favorabil, care depinde de starea inițială a patologiei în cauză.

În concluzie pe baza datelor din literatură și a cazului prezentat, este de reținut incidența în creștere a acestor leziuni malformative renale, cu o evoluție anevoioasă și rezultate bune în tratamentul medico-chirurgical, la diagnosticarea precoce.

BIBLIOGRAFIE

1. Bernic J. Particularitățile tratamentului chirurgical și evoluția postoperatorie în infecțiile de tract urinar în uropatiile malformative la copil. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2010, 1(45), p. 18-23.
2. Celac V., Bernic J. Rolul modificărilor proteinilor plasmatică în evoluția clinică a uropatiilor malformative. În: AȘ a ACPU RM. Chișinău, 2010, vol. XIII, p. 33-36.
3. Curajos B., Dzero V., Bernic J., și alții. Megaureter la copii. În: Conferința III de Urologie, Conferința II de Nefrologie, Dializă și Transplant Renal din RM. Chișinău, 2002, p. 159-162.
4. Anderson N.G., Fischer J., Leighton D., Hector-Taylor J. and McEwing R.L. Management in children of mild postnatal renal dilatation but without vesicoureteral reflux. In: *Pediatr. Nephrol. Department of Academic Radiology, University of Otago Christchurch, New Zealand.* 2010, 25 (3), 477-83.
5. Coplen D. et al. The magnitude of fetal renal pelvic dilatation can identify obstructive postnatal hydronephrosis, and direct postnatal evaluation and management. In: *J.Urol.* 2006, 176, p. 724-727.
6. Hodges S.J., Werle D., McLorie G. and Atala A. Megaureter. In: *Scientific World Journal.* 2010, №10, 603-12.
7. Gimpel C., Masioniene L., Djakovic N. et al. Complications and long-term outcome of primary obstructive megaureter in childhood. Center for Child and Adolescent Medicine, Freiburg, Germany. In: *Pediatr. Nephrol.* 2010, 25 (9), 1679-86.
8. Goto H., Kanematsu A., Yoshimura K. et al. Preoperative diagnosis of congenital segmental giant megaureter presenting as a fetal abdominal mass. In: *J. Pediatr. Surg. Department of Urology, Kyoto University, Kyoto, Japan.* 2010, 45 (1), 269-71.
9. Пугачев А.Г. Детская урология. Москва: „ГЭОТАР-Медиа”, 2009. 832 с.