

DEPISTAREA TIMPURIE ȘI CONDUITA ADULȚILOR CU HIDRONEFROZĂ ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Alexandru PETERSCHI¹,

Dorin TĂNASE², Adrian TĂNASE¹,

¹Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Secția de urologie,

IMSP Spitalul Clinic Republican Timofei Moșneaga

răspunsul la corticoterapia inițială și de frecvența recăderilor timpurii. În general, prognosticul îndepărtat este excelent (peste 80% din copii întră în remisiune la adolescență). În SNSR, prognosticul depinde de forma clinico-histologică, de etiologie și de eventualele complicații asociate, precum și de tratamentul individualizat selectat.

5. Copiii care au suportat un episod de glomerulonefrită primară necesită supraveghere pe un termen îndelungat, iar tratamentul de reabilitare pentru corecția modificărilor metabolice va dura un timp nelimitat.

Bibliografie

1. *Annual report*. Rockville, MD: The EMMES Corporation, 2016.
2. Vachvanichsanong P, Dissaneewate P, McNeil E. *Childhood chronic kidney disease in a developing country*. In: *Pediatr. Nephrol.*, 2008, vol. 23, p. 1143-1147.
3. Beata Banaszak, Paweł Banaszak. *The increasing incidence of initial steroid resistance in childhood nephrotic syndrome*. In: *Pediatr. Nephrol.*, 2012, vol. 27, nr. 6, p. 927-932.
4. Letavernier B., Letavernier E., Leroy S., et al. *Prediction of high-degree steroid dependency in pediatric idiopathic nephrotic syndrome*. In: *Pediatr. Nephrol.*, 2008, vol. 23, nr. 16, p. 2221-2226.
5. Zhejiang Da Xue., Xue Bao Yi., Xue Ban. *Long-term prognosis of idiopathic nephrotic syndrome in children*. In: *Ren. Fail.*, 2015, vol. 37, nr. 4, p. 672-677.
6. Kidney Disease: Glomerulonephritis Work Group. *Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO clinical practice guideline for Glomerulonephritis*. In: *Kidney Int. Suppl.*, 2012, vol. 2, p. 139-274.
7. Bockenhauer D. *Over- or underfill: not all nephrotic states are created equal*. In: *Pediatr. Nephrol.*, 2013, vol. 28, p. 1153-1156.
8. Ellis D. *Pathophysiology, Evaluation, and Management of Edema in Childhood Nephrotic Syndrome*. In: *Front Pediatr.*, 2016, vol. 11, nr. 3, p. 111.
9. Roy R.R., Islam M.R., Jesmin T., et al. *Prognostic Value of Biochemical and Hematological Parameters in Children with Nephrotic Syndrome*. In: J. Shaheed. *Suhrawardy Med. Coll.*, 2013, vol. 5, nr. 2, p. 95-98.
10. Merouani A., Levy E., Mongeau J.G., et al. *Hyperlipidemic profiles during remission in childhood idiopathic nephrotic syndrome*. In: *Clinic Biochem.*, 2003, vol. 36, p. 571-574.
11. Mahmud S., Jahan S., Hossain M.M. *Hyperlipidemia in childhood idiopathic nephrotic syndrome during initial remission and relapse*. In: *Mymensingh Med. J.*, 2011, vol. 20, p. 402-406.
12. Sreenivasa B., Manjunatha B., Nivil Joseph. *Comparative study of lipid profile abnormalities in first episode and relapse cases of childhood nephrotic syndrome*. In: *J. Contemp. Pediatr.*, 2016, vol. 3, nr. 4, p. 1297-1300.

Angela Ciuntu, conf. univ.,
Departamentul Pediatrie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 079842912
e-mail: angela.ciuntu@usmf.md

Rezumat

Hidronefroza este o patologie cu care se confruntă nu doar urologii, ci și medicii din sectorul primar. Această cercetare a fost efectuată pentru a ghida medicii de familie în privința aspectelor-cheie ale pacienților cu hidronefroza. Scopul studiului a fost de a identifica particularitățile clinice și imagistice ale pacienților cu hidronefroza, ce ar permite depistarea timpurie a acestora în practica medicului de familie. Studiul a inclus 167 de bolnavi consecutivi (82 bărbați și 85 femei, vârsta medie = 38±4 ani), care au fost tratați în clinica noastră în perioada 2008–2014. Cel mai frecvent simptom a fost durerea lombară – 98,2%; infecții urinare – 46,7%. Diagnosticul corect a fost stabilit la prima vizită în 60,2% cazuri. Hematurie microscopică – 25,2%, leucociturie – 30%. Tomografia computerizată are o sensibilitate de 100% și o specificitate de 93,3%. Asocierea dintre lombalgii și infecțiile urinare repetate prezintă suspectare clinică de hidronefroza și necesită evaluare imagistică a pacientului. Ultrasonografia este o investigație utilă pentru screeningul hidronefrozei, dar informativitatea metodelor imagistice este superioară. Pentru hidronefrozele incipiente, ce nu necesită corecție chirurgicală, se recomandă evaluare de laborator și imagistică anuală.

Cuvinte-cheie: hidronefroza, tablou clinic, diagnostic

Summary

Early detection and management of adults with hydronephrosis in family doctors practice

Hydronephrosis is a common clinical condition encountered not only by urologists but also by primary care physicians. This research was designed especially to guide family physicians on key aspects of patients with hydronephrosis. The aim of this study was to identify clinical and imaging features of patients with hydronephrosis that would allow early detection of this by the family doctors. This study included 167 patients (82 male and 85 female, mean age 38±4) that were treated in our department between 2008 and 2014 years. Flank pain (98,2%) was the most common symptom. Urinary tract infection – 46,7%. Correct initial diagnosis has been established in 60,2%. Hematuria – 25,2%, leucocyturia – 30%. Computed tomography has 100%, sensitivity and 93,3% specificity. The combination between the flank pain and repeated urinary infections presents clinical suspicion of hydronephrosis and requires

imaging evaluation of the patient. Renal ultrasonography is a good screening tool, but radiological methods value are higher. Annual laboratory and imaging evaluation is recommended for small hydronephrosis that do not require surgical correction.

Keywords: *hydronephrosis, clinical features, diagnosis*

Резюме

Раннее выявление и ведение взрослых с гидронефрозом в практике семейного врача

Гидронефроз достаточно частое заболевание, с которым сталкиваются не только урологи, но и семейные врачи. Это исследование было проведено специально для семейных врачей как руководство по ключевым аспектам диагностики и ведения пациентов с гидронефрозом. Цель данного исследования состояла в том, чтобы определить клинические и диагностические особенности пациентов с гидронефрозом, что позволило бы раннее выявление этого семейными врачами. В исследование было включено 167 пациентов (82 мужчин и 85 женщин, средний возраст 38±4 лет) пролеченных в нашем отделении между 2008 и 2014 годами. Самый частый симптом: боль в поясничной области (98,2%). Инфекция мочевых путей составляет 46,7%. Правильный диагноз при первичном обследовании был установлен в 60,2% случаев. Микроскопическая гематурия – 25,2%, лейкоцитурия – 30%. Ультрасонография почек может идентифицировать гидронефроз, но диагноз должен быть подтвержден радиологическими методами. Компьютерная томография обладает 100% чувствительностью и 93,3% специфичностью. Комбинация болей в поясничной области и повторных мочевых инфекций представляет собой клиническое подозрение на гидронефроз и требует обследования визуализирующими методами. Ультразвуковая диагностика почек хороший инструмент для скрининга, но информативность рентгенологических методов выше. Для гидронефрозов небольших размеров, которые не требуют хирургической коррекции, рекомендуется ежегодная лабораторная и визуализирующая оценка.

Ключевые слова: *гидронефроз, клиническая картина, диагностика*

Introducere

Hidronefroza este un proces patologic caracterizat prin dilatarea progresivă a sistemului pielocaliceal și este provocat de stenoza segmentului pieloureteral și dereglarea fluxului urinar [1]. Creșterea presiunii hidrostatice în arborele pielocaliceal duce spre atrofia parenchimului renal și scăderea progresivă a funcției renale. Această afecțiune constă în disfuncția joncțiunii pieloureterale din cauze congenitale sau dobândite; la aceiași bolnav pot interveni mai multe cauze, care în final creează obstrucția completă a joncțiunii [2]. Hidronefroza prin strictură a segmentului pieloureteral (SJP) este

una dintre cele mai frecvente patologii urologice și actualmente ocupă locul 6 în structura afecțiunilor renale [3]. Hidronefroze în diferite stadii evolutive au fost depistate necrotic în 3,8% necropsii de rutină și 25% necropsii pe bolnavi uremici [4].

Din punct de vedere etiologic, hidronefrozele pot fi clasificate în *primare* și *secundare*. Cele primare apar în rezultatul unor anomalii de dezvoltare a joncțiunii pieloureterale sau a vaselor renale. Hidronefrozele secundare sunt consecința complicațiilor unor patologii urologice (urolitiază, traumatismele sau infecțiile căilor urinare) sau a unor intervenții chirurgicale [5, 6].

Din punctul de vedere al mecanismului de producere a obstrucției, hidronefrozele pot fi împărțite în *intrinseci* și *extrinseci*. Cele intrinseci sunt cauzate de defecte de dezvoltare și de anatomie a segmentului pieloureteral, în timp ce cauzele extrinseci sunt exterioare segmentului pieloureteral [7].

Tabloul clinic al pacienților cu hidronefroză este sărac, el poate varia mult și depinde nu doar de stadiul bolii, dar și de cauza acesteia. Această afecțiune nu are semne patognomonice. La etape incipiente pacientul poate fi complet asimptomatic, dar pe măsura progresării maladiei poate apărea sindromul algic cu localizare lombară, care cel mai frecvent are caracter surd, dar în caz de obstrucție acută a joncțiunii pielo-ureterale, durerile pot deveni colicative. Apariția febrei este un semn de asociere a infecției urinare, ceea ce reprezintă o urgență urologică ce necesită dezobstrucție urgentă a căilor urinare [8].

Anamneza și datele examenului clinic permit suspectarea diagnosticului de hidronefroză, dar confirmarea acestuia este obligatorie prin metode imagistice. Obiectivele principale ale imagisticii sunt de a determina prezența și gradul obstrucției renale, de a evalua funcția renală și de a determina cauza ce a provocat hidronefroza [9]. Ultrasonografia este metoda de diagnosticare a hidronefrozei utilizată cel mai frecvent, avantajele ei majore fiind accesibilitatea și inofensivitatea. Dintre metodele radiologice, cel mai frecvent sunt folosite urografia intravenoasă și tomografia computerizată cu substanță de contrast, ultima permite nu doar stabilirea diagnosticului, dar și, de cele mai multe ori, identificarea cauzei de apariție a hidronefrozei.

Indiferent de etiologie și de mecanismul de apariție a hidronefrozei, schimbările ce se produc în rinichi sunt ireversibile. Cunoșterea particularităților tabloului clinic și celui imagistic al pacienților cu hidronefroză permite depistarea timpurie a acestei maladii și salvarea funcției renale.

Scopul acestei cercetări este de a identifica particularitățile clinice și imagistice ale pacienților cu hidronefroză, ceea ce ar permite depistarea timpurie a acestora în practica medicului de familie.

Material și metode de cercetare

Caracteristica generală a lotului de studiu. În această cercetare au fost incluși 167 de pacienți consecutivi, care au fost spitalizați cu diagnosticul de hidronefroză, cod N 13.0, în Clinica de urologie, dializă și transplant renal a IMSP Spitalul Clinic Republican, în perioada 2008–2014.

Date epidemiologice. Vârsta pacienților a variat între 18 și 74 de ani, cu o medie de 38 ± 4 ani. Repartizarea după sex a fost de 84 (51%) femei și 82 (49%) bărbați. Cu proveniență din mediu urban au fost 71 (43%) de pacienți, din mediu rural – 96 (57%).

Examenul clinic. Algoritmul de investigație a inclus colectarea anamnezei, cu evidențierea duratei și a tipului de acuze (prezența sau absența sindromului algic, evidențierea tulburărilor sistemelor urinar, digestiv, circulator) și efectuarea examenului clinic general.

Cercetări de laborator. Au fost efectuate următoarele investigații de laborator: analiza generală de urină, analiza generală de sânge, ureea, creatinina.

Evaluarea imagistică. La toți pacienții incluși în studiu, diagnosticul de hidronefroză a fost stabilit în baza ultrasonografiei renale. Conform clasificării ultrasonografice, în funcție de gradul de distensie a sistemului colector și de starea imagistică a parenchimului renal, hidronefrozele au fost împărțite în patru grade:

Gradul I – dilatare minimă a pielonului, fără dilatarea calicelor.

Gradul II – dilatare moderată a pielonului, cu dilatare minimă a calicelor.

Gradul III – pielon de dimensiuni mari, cu dilatare vădită a calicelor.

Gradul IV – pielon și calicele de dimensiuni enorme, cu atrofia parenchimului renal.

La toți pacienții, diagnosticul a fost confirmat printr-o metodă radiologică: urografie intravenoasă sau tomografie computerizată cu substanță de contrast (CT). Dintre metodele nucleare de diagnostic, a fost utilizată scintigrafia renală.

Prelucrarea statistică a datelor. Pentru prelucrare statistică a fost utilizat programul statistic *Epi Info*, versiunea 7 (Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA). Pentru compararea loturilor de studiu au fost folosite testele T-Student și Fisher Exact Test.

Rezultate obținute

Pacienții spitalizați cu hidronefroză au prezentat simptomatologie clinică variată. Cel mai frecvent ei au avut acuze la prezența sindromului algic, exprimat prin dureri lombare cu caracter surd (98,2%), la 74 (44,3%) din ei, durerile au fost localizate în flancul

drept, la 80 (47,9%) – în flancul stâng; la 13 (7,8%) pacienți au prezentat dureri lombare bilaterale. În toate cazurile, durerile se intensificau în urma tapotamentului lombar. Dereglări de micțiune au avut 26 (15,6%) pacienți, 78 (46,7%) au menționat cel puțin un epizod de infecție a tractului urinar în anamneză. La 15 (9%) bolnavi a fost apreciată prin palpate o formațiune de volum. La alți 15 (9%) au fost prezente tulburări ale tractului gastrointestinal (scăderea poftelor de mâncare, grețuri, meteorism). Hipertensiune arterială a fost depistată la 25 (15%) de persoane. Urolitiaza ipsilaterală concomitentă a fost diagnosticată la 19 (11,4%) pacienți. Durata medie a simptomelor a constituit în medie 39 de luni. Diagnosticul corect a fost stabilit la prima vizită doar la 60,2% din pacienți, la restul 39,8%, hidronefroza a fost confundată cu alte afecțiuni urologice (chisturi renale simple, chisturi renale parapielice, urolitiază, nefroptoza, infecții urinare etc.).

Investigațiile de laborator au depistat hematurie microscopică la 42 (25,2%) pacienți, leucocituria a fost identificată la 50 (30%), la 25 (15%) de bolnavi în analiza generală de urină s-au evidențiat bacterii. Uroculturi pozitive au fost prezente la 27 (16,2%) persoane. Unica deviere depistată în analiza generală de sânge a fost prezența anemiei la 31 (18,6%) pacienți. Valori ale indicilor bilanțului azotat peste normele admise au fost identificate la 13 (7,8%) pacienți.

Ultrasonografia renală a determinat diverse grade de hidronefroză: gr. II – 22 (13%) cazuri, gr. III – 103 (62%), gr. IV – 42 (25%). Dintre metodele radiologice, cel mai frecvent a fost utilizată urografia intravenoasă – 137 (82%), tomografia computerizată cu contrast a fost efectuată la 30 (18%) de pacienți. De scintigrafie renală au beneficiat 63 (38%) de persoane.

Toți pacienții spitalizați necesitau indicații pentru tratament chirurgical al hidronefrozei. Intervenții chirurgicale de reconstrucție a căilor urinare au fost efectuate la 118 (71%) bolnavi, la restul 49 (29%) a fost efectuată nefrectomia, din cauza pierderii ireversibile a funcției renale.

Discuții

Hidronefroza este o patologie progresivă, ce duce la pierderea ireversibilă a funcției renale. Această cercetare a fost concepută în special pentru orientarea medicilor de familie în privința aspectelor-cheie de abordare a pacienților cu hidronefroză. Cunoașterea simptomatologiei acestei boli permite recunoașterea ei timpurie și implementarea unor măsuri generale și terapeutice, cu scopul de a reduce ritmul de degradare a funcției renale.

După cum am observat, diagnosticul corect a fost stabilit în doar 60% cazuri, în restul cazurilor

hidronefroza a fost confundată cu alte afecțiuni urologice și pacienții au urmat tratamente inutile. Un obiectiv fundamental al acestei cercetări este de a încuraja medicul de familie să solicite consultul unui urolog atunci când suspectează o hidronefroză.

Rezultatele ne-au demonstrat că practic toți pacienții prezintă dureri lombare uni- sau bilaterale, ce se intensifică în urma tapotamentului lombar; o jumătate dintre aceștia au suportat infecții urinare; astfel, asocierea acestor două semne clinice poate orienta spre suspectarea hidronefrozei la adulți. Acuze ce țin de sistemele circulator și digestiv sunt prezente mult mai rar și de obicei indică faze avansate ale bolii. În cercetarea noastră, la toți pacienții cu formațiuni de volum abdominale palpabile și simptome digestive au fost depistate hidronefroze avansate și a fost necesară efectuarea nefrectomiei. Apariția hipertensiunii arteriale de asemenea este un simptom tardiv, ea este mediată reninic, aceasta se datorează tulburărilor funcționale ischemice, cu reducerea fluxului sangvin renal, ca urmare a dilatației sistemului colector.

Hematuria (25,2%) și leucocituria (30%) sunt relativ frecvent prezente în analiza generală de urină, frecvența depistării acestora crește semnificativ în cazul asocierii urolitiazii (58%). Prezența uroculturilor pozitive este o indicație pentru tratament antimicrobian, iar neglijarea acestora poate duce la pielonefrită acută obstructivă și urosepsis. Anemia și hipercreatininemia sunt semne de afectare gravă a funcției renale. Reducerea ratei filtrării glomerulare sub 60 mL/min/1.73m², cu durata de minim trei luni, indică prezența bolii cronice de rinichi.

Ultrasonografia renală este cea mai inofensivă și accesibilă metodă de diagnosticare a hidronefrozei. Recomandăm utilizarea acesteia ca prima intenție de fiecare dată când este suspectată o hidronefroză. Deși este foarte utilă pentru screening, aceasta nu poate oferi informații suficiente pentru a stabili cauza apariției hidronefrozei, de aceea, după depistarea ultrasonografică, este necesară confirmarea diagnosticului printr-o metodă radiologică cu introducerea intravenoasă a substanțelor de contrast. Acestea au prioritate în diagnosticul hidronefrozei prin faptul că permit aprecierea gradului evolutiv al bolii și a gradului stenozei joncțiunii pieloureterale. TC este net superioară urografiei intravenoase. În studiul nostru, în urma comparării datelor imagistice preoperatorii cu cele intraoperatorii, am stabilit că TC are o sensibilitate de 100% și o specificitate de 93,3%.

Concluzii

Hidronefroza este o afecțiune progresivă care nu trebuie neglijată. Asocierea dintre sindromul

algic lombar și infecțiile urinare repetate constituie o suspectare clinică de hidronefroză, fiind necesară evaluarea imagistică a pacientului. Ultrasonografia este cea mai simplă și accesibilă metodă de depistare a hidronefrozei. Investigația de elecție pentru stabilirea etiologiei hidronefrozei este tomografia computerizată.

Pentru hidronefrozele incipiente, ce nu necesită corecție chirurgicală, se recomandă evaluarea de laborator și cea imagistică anuală. Uroculturile pozitive necesită tratament antimicrobian în mod obligatoriu.

Bibliografie

1. Глыбочко П.В. и др. *Гидронефроз*. 2011, с. 8.
2. Tode V. *Hidronefroza. Curs de urologie*. UMF Constanța, 1994, p. 40-43.
3. Аляев Ю.Г. *Применение новейших технологий в диагностике урологических заболеваний*. 2005, с. 82.
4. Ursea N. *Hidronefrozele. Tratat de nefrologie*. București: EM, 2006, p. 1985-1986.
5. Карпенко В.С. *Причина гидронефроза и выбор метода оперативного лечения*. В: Урология, 2002, № 3, с. 43-46.
6. Hesse A.I., et al. *Urinary stones. Diagnosis, treatment and prevention recurrence*. 3rd ed. Basel S., Karger A.G., 2009.
7. Tănase A. *Urologie și nefrologie chirurgicală*. 2005, p. 51.
8. Sinescu I. *Tratat de urologie*. București, 2008, 813 p.
9. Wolf Jr. J.S., et al. *Imaging for ureteropelvic junction obstruction in adults*. In: J. Endourol., 1996, p. 93-104.

Alexandru Piterschi, doctorand,
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel. 069303062,
e-mail: piterschii@mail.ru

CZU: [616.411-007.61+616.36-004]-089

METODE DE TRATAMENT ȘI REZULTATE ÎN CHIRURGIA SPLENOPATIEI PORTALE

Vladimir CAZACOV, Vladimir HOTINEANU, Eugeniu DARII, Nadejda NEGARĂ,
Catedra Chirurgie nr. 2, IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Studiul își propune să abordeze o serie de probleme legate de atitudinea medico-chirurgicală față de sindromul hipersplenism sever cirogen. Analizând cazurile de hipersplenism sever internate și operate în Clinică 1 de chirurgie, în condițiile chirurgiei electivă, aducem în discuție schimbările gândirii medicale privind abordarea chirurgicală a acestei