

laparotomică a fost: perichistectomie – 29 cazuri; chistectomie deschisă (operația Lagrot) cu drenaj simplu – 17 cazuri; chistectomie deschisă, urmată de omentoplastia cavității reziduale hepatice cu drenaj – 13; capitonajul cavității reziduale hepatice cu drenaj – 12 cazuri.

Rezultate obținute

Durata intervențiilor chirurgicale laparoscopice a fost de 30-95 de minute; durată celor laparotomice – 70-175 de minute. Au fost înregistrate trei complicații (biliragie): două cazuri în lotul bolnavilor operați endoscopic și un caz în celălalt lot. Cazurile de complicații au fost rezolvate prin efectuarea papilosfincterotomiei endoscopice. Durata spitalizării în lotul operațiilor endoscopice – 4-8 zile, în lotul operațiilor laparotomice – 7-14 zile.

Discuții și concluzii

Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic are prevalență față de cea clasică. Micșorarea traumei operatorii, a duratei de spitalizare, reducerea cheltuielilor în asistența medicală a acestor bolnavi, diminuarea complicațiilor postoperatorii, confortul cosmetic al peretelui abdominal impun tot mai mult indicația către intervenția endoscopică.

Indicațiile operatorii laparoscopice în caz de chisturi mari, cu generații, complicate se largesc pe zi ce trece în clinica noastră. Metoda de abord clasic în hidatidoza hepatică rămâne una de rezervă și este utilizată practic în converseie.

Bibliografie

1. Eckert Johannes, Peter Deplazes. *Biological, Epidemiological, and Clinical Aspects of Echinococcosis, a Zoonosis of Increasing Concern*. In: Clinical Microbiology Reviews, 2004, nr. 17(1), p. 107-135.
2. da Silva A.M. *Hydatid cyst of the liver/criteria for the selection of appropriate treatment*. In: Acta Tropica, 2003; nr. 85, p. 237-242.
3. Dawson J.L., Stamatakis J.D., Stringer M.D., et al. *Surgical treatment of hepatic hydatid disease*. In: Br. J. Surg., 1988; nr. 75, p. 946-950.
4. Burlui D., Roșca M. *The surgery of hepatic hydatid cyst*. București: Ed. Medicală, 1977.
5. Ghelase F., Georgescu I., Nemeș R. *Chirurgie generală*. 1999, București: Ed. Did. și Pedag., p. 291-308.
6. Eckert J. *WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern*. Paris: World Organisation for Animal Health; 2001, p. 20-72.

7

Gheorghe Strajescu, dr. șt. med., conf. univ.,
Catedra Chirurgie nr. 2,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 49 20 83; mob.: 069 92 14 69
E-mail: jochir@mail.ru

NEFRECTOMIE BILATERALĂ TRANSABDOMINALĂ. CAZ CLINIC

**Gheorghe STRĂJESCU^{1,2}, Boris SASU¹,
Lilia ȚÎGANCIUC¹, Cornelia GUȚU-BAHOV¹,
Vladimir CARAION¹, Artur IEȘEANU¹,**
¹IMSP SCM Sfânta Treime,
²USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Transabdominal bilateral nephrectomy. Case report

Transabdominal nephrectomy is a complicated operation due to compression of the abdominal organs and renal vascular foot by the kidney. For this reason, it is necessary to puncture the largest renal cysts for decompression. Thus, it is much easier to mobilize muscle arterio-venous beam with ligation and sectioning. The surgeon, who will perform such surgery, will need perfect knowledge of the anatomy of the abdomen because in such cases there is a considerable deviation of anatomic structures, which can create fatal errors in surgical technique.

Keywords: *nephrectomy, renal compression, polycystic kidney*

Резюме

Двухсторонняя трансабдоминальная нефрэктомия. Клинический случай

Трансабдоминальная нефрэктомия является сложной операцией из-за сдавливания почкой других внутрибрюшных органов и сосудистой ножки почки. Поэтому, необходимо пунктировать самые большие кисты почки для уменьшения сдавливания. Таким образом, намного легче мобилизовать сосудистый артериовенозный пучок с его перевязкой и рассечением. Хирург, который будет проводить такое оперативное вмешательство, должен безукоризненно знать анатомию брюшной полости, так как в таких случаях имеет место значительное отклонение анатомических структур, что может привести к фатальным ошибкам в оперативной технике.

Ключевые слова: *нефрэктомия, почечное сдавливание, поликистоз почки*

Introducere

Nefrectomia transabdominală este considerată o alternativă a nefrectomiei lombare [1, 2]. De regulă, ea este necesară doar în cazuri rare, atunci când patologia renală este avansată, determinată de mărirea excesivă a rinichiului în volum (polichistoză, pionefroză, calculi coraliformi) sau intervenții repetate la rinichi prin abord lombar, unde persistă un proces aderențial avansat [3].

Material și metode

Drept material a servit un singur pacient la care a fost diagnosticată polichistoza renală bilaterală, acesta aflându-se la observația medicilor-urologi, nefrologi mai mult de 10 ani. Maladia a evoluat cu mărirea excesivă a ambilor rinichi prin creșterea masei chistice, astfel conducând pacientul spre o insuficiență renală cronică terminală și dializă. Posibilitatea pacientului de a fi înscris în lista pentru transplant renal era nulă din cauza apariției semnelor clinice de infectare a masei chistice critice renale. Anume aceste particularități au servit drept indicații absolute către nefrectomia bilaterală transabdominală.



Figura 1. Deformarea peretelui abdominal anterior

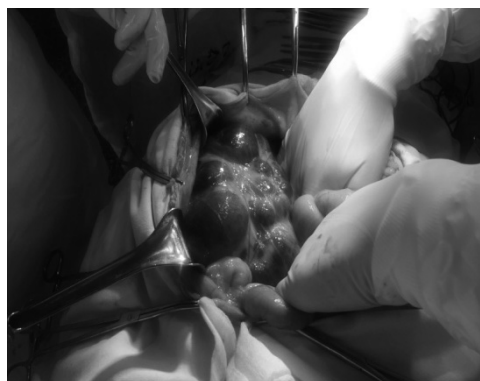


Figura 2. Imagine intraoperatorie de polichistoză renală din stânga



Figura 3. Mobilizarea rinichiului stâng



Figura 4. Nefrectomie din stânga



Figura 5. Imagine intraoperatorie de polichistoză renală din dreapta



Figura 6. Macropreparat

Rezultate obținute

Intervenția chirurgicală a durat cinci ore și a decurs fără complicații. Complicații postoperatorii de asemenea nu s-au înregistrat. Pacientul a fost reîntors la hemodializă și înscris în lista de așteptare pentru transplant renal.

Discuții și concluzii

Nefrectomia transabdominală este o operație complicată din cauza compresiei renale asupra celorlalte organe intraabdominale și asupra piciorușului vascular renal. Din acest motiv este necesară puncția celor mai mari chisturi renale, cu scopul de a micșora compresia. Astfel este mult mai ușor de mobilizat fasciculul vascular arteriovenos cu ligaturare și secționare [4, 5].

Chirurgul care va efectua astfel de intervenție chirurgicală va avea nevoie de cunoaștere impecabilă a anatomiei abdomenului, deoarece în asemenea cazuri are loc o deviație considerabilă a structurilor anatomice, fapt ce poate crea erori de tehnică operatorie cu urmări fatale [6].



Figura 7. Parametrii hemodinamici stabili la extubare



Figura 8. Aspectul postoperatoriu al abdomenului

Bibliografie

1. Ong A.C., Harris P.C. *Molecular pathogenesis of ADPKD: the polycyst in complex ets complex*. In: *Kidney Int.*, 2005; nr. 67(4), p. 1234-1247.
2. Joly D., Ishibe S., Nickel C., Yu Z., Somlo S., Cantley L.G. *The polycyst in 1-C-terminal fragment stimulates ERK-dependent spreading of renal epithelial cell*. In: *J. Biol. Chem.*, 2006; nr. 281(36), p. 26329-26339.
3. Walz G. *Therapeutic approaches in autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD): is there light at the end of the tunnel?* In: *Nephrol. Dial. Transplant*, 2006; nr. 21, p. 1752-1757.
4. Covic Mircea, Covic Adrian. *Boala polichistică renală autosomal dominantă*. Iasi: Editura Polirom, 1999.
5. Jared J. Grantham, Franz Winklhofer. *Cystic Diseases of the Kidney*. In: *The Kidney (7th edition)*. Barry M. Brenner (ed.). Saunders, Philadelphia, 2004.
6. Godela M. Fick Brosnahan, Tefvik Ecder, Robert W. Schrier. *Polycystic Kidney Disease*. In: *Diseases of the Kidney and Urinary Tract (7th ed.)*. Robert W. Schrier (ed.). Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 2001.

Gheorghe Strajescu, dr. șt. med., conf. univ.,
Catedra Chirurgie nr. 2,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel.: 022 49 20 83; mob.: 069 92 14 69
E-mail: jochir@mail.ru